

Année 1890

# THÈSE

N°

335

POUR

## LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le mercredi 23 juillet 1890, à 1 heure*

Par M<sup>lle</sup> BERTA DYLION

Née à Zgierz (Pologne russe)

DE

L'INSERTION VICIEUSE DU PLACENTA

ESSAI DE CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE



Président : M. PINARD, professeur.

Juges : MM. { BAILLON, professeur.  
LUTZ, RIBEMONT-DESSAIGNES, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.*



PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1890

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

## Doyen

## Professeurs

Anatomie. . . . .	M. BROUARDEL.
Physiologie . . . . .	MM.
Physique médicale . . . . .	FARABEUF
Chimie organique et chimie minérale. . . . .	CH. RICHET.
Histoire naturelle médicale . . . . .	GARIEL
Pathologie et thérapeutique générales. . . . .	GAUTIER.
Pathologie médicale . . . . .	BAILLON.
Pathologie chirurgicale . . . . .	BOUCHARD.
Anatomie pathologique . . . . .	DIEULAFOY
Histologie . . . . .	DEBOVE
Opérations et appareils. . . . .	LANNELONGUE
Pharmacologie. . . . .	CORNIL.
Thérapeutique et matière médicale. . . . .	MATHIAS DUVAL.
Hygiène. . . . .	N.
Médecine légale . . . . .	REGNAULD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie . . . . .	HAYEM.
Pathologie comparée et expérimentale . . . . .	PROUST.
	BROUARDEL.
	LABOULBÈNE
	STRAUSS.
	G. SÉE.
Clinique médicale. . . . .	POTAIN.
	JACCOUD.
	PETER.
	GRANCHER.
Maladie des enfants . . . . .	BALL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale. . . . .	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques. . . . .	CHARCOT.
Clinique des maladies du système nerveux . . . . .	VERNEUIL.
Clinique chirurgicale . . . . .	LE FORT.
	DUPLAY.
Clinique des maladies des voies urinaires . . . . .	N.
	GUYON.
Clinique ophthalmologique . . . . .	PANAS.
Cliniques d'accouchements . . . . .	TARNIER.
	PINARD.

## Professeurs honoraires.

MM. GAVARRET, SAPPEY, HARDY et PAJOT.

## Agrégés en exercice

MM. BALLET	MM. FAUCONNIER	MM. NÉLATON	MM. RIBEMONT-
BAR	GILBERT	NETTER	DESSAIGNES
BLANCHARD	GLEY	POIRIER, chef	RICARD
BRISAUD	HANOT	des travaux	ROBIN (Albert)
BRUN	HUTINEL	anatomiques	SCHWARTZ
CAMPENON	JALAGUIER	POUCHET	SEGOND
CHANTEMESSE	KIRMISSON	QUENU	TUFFIER
CHAUFFARD	LETULIE	QUINQUAUD	VILLEJEAN
DEJERINE	MARIE	KETTERER	WEISS
	MAYGRIER	REYNIER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA SŒUR

LUDWIKA HILSBURG

A MA COUSINE

DOCTEUR CÉCILE DYLLON

*En souvenir du temps passé ensemble.*

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR PINARD

Professeur de clinique d'accouchements  
Accoucheur de la Maternité Baudelocque  
Chevalier de la Légion d'honneur

A MONSIEUR LE DOCTEUR BOISSARD

Chef de clinique de la Maternité Baudelocque

A TOUS MES MAÎTRES

A TOUS CEUX QUI ONT FACILITÉ MON INSTRUCTION  
MÉDICALE



# DE L'INSERTION VICIEUSE

## DU PLACENTA

### ESSAI DE CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

#### PRÉFACE

L'hémorrhagie due à l'insertion vicieuse du placenta a toujours éveillé les inquiétudes légitimes des accoucheurs ; le grand nombre de travaux, de mémoires et de faits publiés par eux suffit pour l'attester. Aborder un pareil sujet avec la compétence qu'il exige et les développements qu'il comporte n'est ni dans nos moyens, ni dans notre intention.

Ayant eu l'occasion de suivre dans les Maternités, et plus particulièrement à la clinique Baudelocque, plusieurs cas d'insertion vicieuse du placenta, nous avons dirigé nos lectures dans ce sens, et nous nous sommes intéressée au traitement de cet accident si redoutable pour les femmes en couches. Tel a été le point de départ de notre thèse inaugurale, qui a été inspirée par notre maître, M. le professeur Pinard.

Décrire les méthodes suivies à l'heure actuelle dans le

traitement de l'insertion vicieuse du placenta, comparer entre eux les résultats qu'elles donnent, et plus particulièrement ceux fournis par la rupture artificielle et prématurée des membranes, tels seront le plan et les limites que nous choisissons.

Mais décrire ces méthodes, sans rien dire de la clinique, serait, il nous a semblé, s'exposer à les rendre moins claires et à ne pas les faire apprécier à leur juste valeur; aussi avons-nous pensé qu'il était préférable de commencer par un résumé clinique sur le placenta prævia. Les leçons de M. le professeur Pinard, auxquelles nous avons assisté (juin 1890), nous ont beaucoup aidée dans la division et l'exposition de cette partie de notre travail; cependant nous avons cru utile de joindre les notes recueillies par nous dans nos recherches personnelles. Puisse ce pâle reflet de son brillant enseignement ne pas donner une idée trop inexacte de ses savantes leçons !

En résumé, notre thèse comprend deux parties :

La première partie est un aperçu clinique rapide, mais suffisamment complet, sur le placenta prævia.

La seconde partie, la plus étendue, est consacrée aux différentes méthodes de traitements actuellement en usage; après les avoir exposées et les avoir fait suivre des faits nouveaux que nous avons réunis, nous les comparerons et nous essaierons de tirer des conclusions, c'est-à-dire d'établir la conduite qu'il faut tenir en présence d'une insertion vicieuse de placenta.

On y trouvera, en outre, un exposé aussi fidèle que possible des idées de M. le professeur Pinard sur l'insertion

vicieuse du placenta, la traduction des mémoires de Schröder et de Braxton Hicks, auxquels on fait souvent allusion mais qui n'ont jamais été traduits en entier, et des documents intéressants, la plupart peu ou point connus en France, empruntés aux publications les plus récentes.

En somme, nous avons fait de notre mieux pour mettre cet *Essai de clinique thérapeutique sur l'insertion vicieuse du placenta* au courant des travaux modernes et le rendre digne des Maîtres auxquels nous le dédions.

## PREMIERE PARTIE

### De l'insertion vicieuse du placenta au point de vue clinique.

On dit qu'il y a *placenta prævia* lorsque le placenta se trouve inséré *sur la route* que doit suivre le fœtus au moment de l'expulsion. Cette expression n'est pas absolument exacte, tout au moins ne s'applique-t-elle qu'à certains cas spéciaux ; il est préférable de remplacer ce terme, généralement accepté à l'étranger, par celui d'*insertion vicieuse du placenta*, qui a du moins l'avantage de ne pas préjuger de la situation même du placenta et qui, pour cela, convient également bien à tous les cas (1).

I. — DÉFINITION. — Qu'est-ce que l'insertion vicieuse du placenta ? Il y a insertion vicieuse du placenta chaque fois que le placenta, inséré sur le segment inférieur de l'utérus, trouble par sa présence le développement de l'utérus pendant la grossesse et est une cause d'accidents pendant la période d'effacement ou de dilatation.

Pendant des siècles on a ignoré l'insertion vicieuse du placenta ; on croyait que le placenta s'insérait *toujours* sur le fond de l'utérus. Cette opinion a été déjà reconnue

1. La bibliographie de l'insertion vicieuse du placenta est considérable ; voir ce que nous en disons à l'index bibliographique placé à la fin.

fausse par Aranzius (1564), Bauhin. etc... De nos jours, un grand nombre d'auteurs admettent que le placenta la plupart du temps s'insère dans le tiers supérieur de l'utérus, dans cette région dénommée par Barnes (p. 491) (1) *la zone du fond*, zone qui est limitée par le *cercle polaire supérieur*. C'est une erreur ; pour le professeur Pinard, il s'insère plus souvent dans la *zone du milieu* et dans la *zone cervicale*, c'est-à-dire sur le segment moyen et sur le segment inférieur de l'utérus ; l'insertion dans le segment supérieur serait beaucoup moins fréquente qu'on ne l'admet habituellement.

Le placenta peut se trouver en un point quelconque de ces zones, et il n'est pas possible de dire s'il se trouve plus fréquemment en avant ou en arrière, à gauche ou à droite ; dans certains cas même il est placé sur l'orifice utérin.

II. — VARIÉTÉS. — Dans les ouvrages classiques, on trouve les variétés suivantes : on reconnaît la variété *latérale*, la variété *marginale*, la variété *partielle*, la variété *complète*, et enfin la variété *centre pour centre*.

M. Pinard n'admet pas ces divisions, et n'étudie que deux variétés : la première, dans laquelle le placenta est inséré sur le segment inférieur, plus ou moins près de l'orifice interne, mais *ne le recouvre pas* ; la deuxième variété, dans laquelle le placenta *recouvre l'orifice interne*, en partie ou en totalité.

*Fréquence de la variété.* — En général, on estime qu'il

1. Chaque fois que nous l'avons cru utile, nous avons mis, après le nom de l'auteur, le numéro de la page du passage auquel il est fait allusion.

est difficile de faire la distinction entre l'insertion centrale et l'insertion latérale quand on pratique le toucher au début du travail. L'orifice externe qui ne laisse passer qu'un doigt, par exemple, fait penser que l'insertion est totale, parce que le doigt explorateur ne trouve que du tissu placentaire. Un examen pratiqué plus tard, la dilatation du col étant plus avancée, montre au contraire que le bord du placenta est accessible, ce qui prouve qu'il s'agit seulement d'une insertion vicieuse incomplète. Aussi estimons-nous que cette distinction a très peu d'intérêt pratique ; les symptômes sont et restent la chose importante : si l'hémorrhagie est abondante, il s'agira d'un cas grave, qu'il y ait insertion centrale ou marginale.

Sur 136 cas Lomer (p. 1249) a trouvé : 25 fois l'insertion complète, soit 19 0/0, et l'insertion latérale 111 fois, soit 79 0/0.

King (p. 758), sur 219 cas où l'insertion a été notée, compte 81 insertions partielles, soit 38 0/0 et 138 incomplètes, soit 58 0/0.

Ces chiffres sont assurément très exagérés ; la cause en est simple, nous l'avons dit, on prend souvent au début du travail une insertion partielle pour une insertion centrale. Pour M. le professeur Pinard, l'insertion centrale est beaucoup plus rare que les statistiques l'admettent généralement.

Un certain nombre d'auteurs ayant rapporté des observations dans lesquelles on avait trouvé le placenta inséré sur le segment inférieur de l'utérus, son centre correspondant à l'orifice interne, tous les traits d'accouche-

ments, français ou étrangers, admettent et décrivent une insertion centre pour centre.

« Je dois avouer cependant, dit M. Pinard (mémoire, p. 42), que je n'ai pas encore rencontré un seul cas d'insertion dite centrale ou complète. Pendant mon internat, à la Maternité, pendant mon clinicat, dans ma clientèle de la ville, depuis que je dirige le service d'accouchements de Lariboisière, je n'ai jamais vu que des insertions partielles. Plusieurs fois il est vrai, on me dit que l'insertion était centrale, mais un examen plus complet me permit de reconnaître qu'à côté des cotylédons qui paraissaient être au centre de l'orifice, se trouvaient des membranes.

— Donc, sans vouloir nier en aucune façon l'existence de l'insertion dite centre pour centre, je la crois excessivement rare puisque, en ne prenant que les chiffres fournis par la statistique de Lariboisière, depuis que je dirige le service, on trouve sur 6960 accouchements, 26 insertions vicieuses du placenta ayant donné lieu à des hémorrhagiés. Et dans ces 26 cas l'insertion était marginale ».

Depuis lors cette statistique s'est accrue, M. Varnier écrit (p. 132) : « elle porte à l'heure actuelle sur 10315 accouchements, dont 52 insertions vicieuses avec hémorrhagies, et nous en sommes toujours au même point; pas plus d'insertion centrale que si elle n'existait pas. »

« Bien que nous attendions encore l'autopsie qui montrera d'une façon irréfutable l'existence de cette dernière variété (placenta adhérent centre pour centre sur un orifice interne non dilaté), nous aurons, pour rester classique, à en tenir compte à propos du traitement. »

Dans sa leçon du 10 juin 1890, M. le professeur Pinard

disait que, sur 15.000 accouchements, il n'avait jamais rencontré l'insertion centre pour centre, par conséquent il était en droit de dire que cette variété doit être extrêmement rare.

III. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Sous ce titre, nous allons étudier les modifications macroscopiques subies par le placenta et les membranes, nous bornant à ne traiter que les points présentant un intérêt pratique.

Cette anatomie pathologique a été l'objet de recherches importantes de la part de Gendrin, Sirelius, etc., et plus récemment Hofmeier, Ahlfeld, Kaltenbach et Schröder se basent sur des autopsies et des faits cliniques ont admis une nouvelle théorie très curieuse sur la pathogénie du placenta prævia.

Le placenta n'a pas la forme régulière, arrondie, qu'il présente habituellement ; dans le cas d'insertion vicieuse, le gâteau placentaire est plus ou moins irrégulier, il est tantôt très étalé, tantôt allongé ou aplati, il affecte des dispositions variées, c'est-à-dire qu'au lieu d'être discoïde, il est bilobé, succenturié ou en limande. C'est surtout la forme des cotylédons qui est modifiée ; au lieu d'avoir leur régularité habituelle, ils diffèrent entre eux en volume et surtout en épaisseur ; c'est ainsi que des portions du placenta sont épaisses à côté d'autres portions qui sont minces, aplaties, etc.

Le placenta bilobé mérite d'attirer notre attention : 1° parce qu'il donne lieu à une erreur de diagnostic souvent commise qu'il nous faut mettre en évidence ; 2° parce que sa connaissance est d'une grande utilité au point de vue de l'intervention.



Comment se produit le placenta bilobé dans l'insertion vicieuse du placenta?

Nous avons vu que le placenta était très rarement central, c'est généralement une petite partie de la masse totale qui recouvre l'orifice interne; à la suite de modifications organiques, les cotylédons placés au-dessus de cet orifice se sont atrophiés et ont disparu, et il existe en ce point une sorte de pont formé par les membranes qui unit le lobe le plus petit au plus volumineux. De là l'erreur à laquelle nous faisons allusion.

En pratiquant le toucher au début du travail le doigt peut arriver sur ce pont de membranes et l'on croira à une insertion marginale, tandis que, pratiquant le toucher alors que la dilatation est plus grande, on sent les cotylédons du petit lobe et on peut croire à l'insertion centrale. Des faits de ce genre ont été publiés, nous nous bornons à signaler cette cause d'erreur.

On peut encore se tromper de la même manière, même avec un placenta ne présentant qu'une masse unique. Le fait suivant que nous rapportons d'après la leçon de M. le professeur Pinard (16 juin 1890), est absolument caractéristique à ce point de vue: « Une femme enceinte de 7 mois environ, avait eu une première hémorrhagie il y a 7 ou 8 jours; préoccupée par la santé de son mari, elle n'y fit aucune attention et ne se soigna pas. Son médecin lui conseilla d'aller voir un accoucheur, car il pensait que sa grossesse présentait quelque chose d'anormal. Dans la journée de vendredi, l'hémorrhagie devint plus sérieuse, je fus appelé dans la soirée. Elle avait perdu un peu de sang, il y avait quelques caillots dans le vagin.

Je pratiquai le toucher chez cette femme, et je constatai que le col était effacé; au centre de l'orifice qui était grand à peine comme une pièce de 50 centimes, je trouvai d'une façon nette (d'autant plus nette qu'il y avait de l'hydropisie de l'amnios) les membranes absolument lisses, donnant à mon doigt absolument la même sensation qu'elles donnent dans l'insertion normale du placenta, au début du travail, tout à fait au commencement de la période de dilatation. J'ai dit qu'il y avait hémorrhagie par insertion vicieuse; l'enfant était très mobile; par cela même qu'il y avait une grande quantité de liquide amniotique.

« Je me posai la question, pourrai-je arrêter cet accouchement? Je ne le croyais pas; mais, comme on doit toujours le tenter, même n'aurait-on qu'une chance sur mille, je fis prendre des calmants à la malade, et prescrivis tout ce qu'on emploie dans ces cas.

« Dans la nuit on vint me chercher, il y avait une hémorrhagie formidable; je pratiquai le toucher, et après avoir retiré du vagin tous les caillots qu'il contenait, je procédai à un nouvel examen: mon doigt ne rencontra au niveau de l'orifice que des cotylédons. Je n'avais constaté, au début du travail, alors que le col était dilaté comme une pièce de 50 centimes, que des membranes s'offrant directement à mon doigt, tandis que 7 ou 8 heures après, la dilatation étant grande comme une pièce de 5 francs, je trouvai au centre de l'orifice une portion des cotylédons.

« Tout homme, voyant cette femme pour la première fois et pratiquant le toucher comme moi, aurait dit: « J'ai

affaire à une insertion centrale du placenta » parce que le doigt n'atteignait partout que des cotylédons.

Des faits analogues à celui que je viens de vous rapporter ont été souvent constatés par nous à Lariboisière ; mon chef de clinique, M. Boissard, me dit qu'il en a observé ici un tout semblable il y a peu de jours. »

En outre, la connaissance de la situation exacte du petit lobe a son utilité pratique, aussi a-t-on cherché de quel côté ce petit lobe se trouvait plus fréquemment inséré. Il semblerait que le petit lobe se trouve un peu plus souvent à gauche qu'à droite, mais la différence n'est pas telle qu'on puisse baser sa conduite sur cette donnée ; il est préférable de se guider surtout d'après la minceur du segment inférieur, comme nous l'indiquerons à propos du diagnostic.

On comprend que, si on veut rompre les membranes, il est important de savoir d'avance de quel côté on devra les chercher, le doigt trouvant partout des cotylédons on pourrait être très embarrassé ; d'ordinaire on atteint facilement les membranes avec l'index, car au niveau de l'orifice interne il existe une zone sur laquelle le placenta n'est pas adhérent (voir les faits de Schröder, p. 25).

Il existe également des modifications du côté des membranes. On a noté un épaississement plus ou moins considérable des membranes ; en effet elles sont plus épaisses et plus résistantes à mesure qu'on se rapproche davantage du placenta, aussi a-t-on parfois une certaine difficulté pour les rompre. Dans ces cas où le doigt ne suffit pas pour les déchirer, il faut avoir recours au perce-membrane et, l'orifice étant fait, on l'agrandit avec les doigts.

L'insertion du cordon a aussi son importance ; si le cordon est marginal, en raquette et surtout vélamenteux, on comprend avec quelle facilité se rompent les vaisseaux, de là production d'une hémorrhagie. De plus, il peut ne pas présenter son épaisseur et sa résistance habituelles.

Pendant longtemps on a discuté pour savoir si le sang venait de l'organisme maternel ou de l'organisme fœtal ; ainsi que le dit Barnes (p. 385) cette dernière hypothèse n'est plus soutenue maintenant par aucun homme faisant autorité. Du reste comme le faisait remarquer M<sup>me</sup> Lachapelle (T. II p. 465) la perte de sang augmente au moment de la douleur, ce qui démontre que le sang est d'origine maternelle.

Comment se produit l'hémorrhagie ? Pour être logique c'est ici que nous devrions étudier le mécanisme suivant lequel se produit l'hémorrhagie, mais cette étude est si importante, elle est si intimement liée aux différentes méthodes de traitement, que nous croyons préférable de la rapporter dans la seconde partie de notre travail.

#### IV. — CAUSES DE L'INSERTION VICIEUSE DU PLACENTA.

— On a donné, pour expliquer l'insertion vicieuse du placenta, un certain nombre de causes bizarres ou étranges, que nous passerons sous silence ; nous nous bornerons à celles qui ont été démontrées anatomiquement ou à celles qui paraissent admissibles :

Il est prouvé que les *anomalies utérines* peuvent être une cause d'insertion vicieuse ; témoin le fait d'Ingleby, qui constata à l'autopsie d'une femme, qui avait présenté dans dix accouchements une insertion vicieuse, qu'une des trompes venait s'ouvrir au niveau du segment infé-

rieur. Il est possible de trouver des cas analogues en multipliant le nombre des autopsies, mais ce sont des faits excessivement rares, tout à fait exceptionnels.

D'autres auteurs admettent avec raison qu'une *maladie antérieure de l'utérus* (métrite, endométrite, carcinome) est la cause de l'insertion vicieuse du placenta (Jacquemier ; Ahlfeld, p. 159) ; il se produirait du côté de la muqueuse utérine des lésions anatomiques telles que l'œuf ne se grefferait pas dans les zones supérieures, mais glisserait jusqu'au voisinage de l'orifice interne.

M. le professeur Pinard a noté dans un certain nombre d'observations que la femme aurait fait un voyage au début de la grossesse ; il se demande si la trépidation due au chemin de fer ou à la voiture ne pourrait pas être invoquée comme cause, mais il n'avance cette idée qu'avec réserve. Jacquemier émet la même hypothèse (p. 231).

Le *cloisonnement de l'utérus* (Polaillon) a été aussi constaté, mais ce n'est là qu'un fait exceptionnel.

Une cause fréquente d'insertion vicieuse du placenta serait due à la *multiparité*. Oslander (Depaul, p. 652) admet que la multiparité joue un grand rôle dans son étiologie : pour lui « la déformation de l'utérus résultant des grossesses précédentes » était le principal facteur. Scanzoni invoque le ramollissement et le relâchement de la matrice ; Schröder invoque également l'ampleur de la cavité utérine et les états pathologiques antérieurs de l'utérus qui ont rendu la muqueuse lisse, d'où des conditions toutes différentes de celles qui existent dans la grossesse physiologique. Pour Depaul (p. 653) il y aurait « absence

de congestion de la muqueuse utérine au moment où l'œuf arrive dans la matrice »

Quoi qu'il en soit, voici des chiffres donnés par les auteurs :

Simpson admet qu'il y a 30 0/0 de primipares

Jüdel	—	12,12	—
Müller L.	—	17	—
Depaul	—	16,6	—
King	—	10,	—
Lomer	—	8,	—
Pinard	—	16,66	—

Hofmeier (a. p. 94) sur 46 cas n'a pas rencontré une seule primipare. Nordmann (p. 135) sur 45 cas n'a également pas rencontré de primipares.

En moyenne, on compte 1 primipare sur 6 femmes.

Il est évident que, pour attribuer à ce chiffre sa valeur réelle au point de vue de la fréquence de l'insertion vicieuse du placenta chez les primipares, il faudrait connaître la proportion exacte qui existe entre celles-ci et les multipares d'une façon générale.

Au point de vue de l'âge, voici les statistiques que nous avons trouvées dans King et Lomer :

King (p. 750), sur 157 femmes a constaté :

Moins de 21 ans,	8 cas.
de 21 à 25 ans,	27 —
26 à 30	— 42 —
31 à 35	— 32 —
36 à 40	— 36 —
41 à 45	— 11 —
plus de 45	— 1 —

Lomer (p. 1294), obtient les chiffres suivants sur 150 cas :

Entre 20 et 25 ans, 16 femmes

25 et 30 — 46 —

30 et 40 — 81 —

Au delà de 40 — 7 —

On voit que c'est surtout de 25 à 40 ans que l'insertion vicieuse est plus fréquente, cela n'a rien d'étonnant (car c'est à cette époque que les grossesses sont le plus fréquentes) et concorde avec ce que nous avons dit au sujet de la multiparité.

V. — FRÉQUENCE. — L'insertion vicieuse du placenta est-elle fréquente? Il est très difficile de répondre à cette question avec quelque certitude. Beaucoup d'auteurs admettent qu'on ne rencontre l'insertion vicieuse qu'une fois sur 1000; cela est trop peu. Dans les Maternités, d'autre part, comme les cas graves s'accumulent, la proportion est beaucoup trop considérable; de sorte qu'il est difficile de dire exactement ce qui en est. Si les auteurs ont admis en général un si faible chiffre c'est qu'ils ne tenaient compte que des cas où l'hémorrhagie était abondante. Il est mieux, sans donner aucun chiffre, de dire que *l'insertion vicieuse du placenta est beaucoup plus fréquente qu'on ne l'admet généralement*, c'est ce qu'enseigne M. le professeur Pinard.

VI. — EFFETS DE L'INSERTION VICIEUSE DU PLACENTA. — Il faut bien le savoir l'insertion vicieuse du placenta est l'accident le plus grave, le plus redoutable qu'on

puisse rencontrer pendant la grossesse, pendant l'accouchement et pendant les suites de couches.

Elle donne lieu à des phénomènes divers que nous allons étudier, et plus particulièrement à deux accidents importants, *l'hémorrhagie et la rupture prématurée des membranes*; celles-ci, à leur tour, ont pour résultat l'expulsion prématurée de l'œuf, c'est-à-dire qu'il y a avortement ou accouchement prématuré spontané. En sorte que, si l'existence de la mère est menacée, la vie du fœtus est encore plus en danger.

Ajoutons, cependant, que ces accidents de la grossesse peuvent ne pas se produire; c'est seulement au moment du travail qu'ils apparaîtront et, en général, ils seront d'autant plus graves que le placenta sera inséré plus bas sur le segment inférieur.

Il faut étudier les effets de l'insertion vicieuse du placenta au point de vue du fœtus et de la mère.

A. — *Au point de vue du fœtus.* — Les conséquences de l'insertion vicieuse sont graves pour le fœtus. D'une part, l'irrégularité du développement du placenta apporte un trouble du côté de la nutrition et le fœtus sera plus ou moins chétif. D'autre part, le fœtus est contenu dans une cavité déformée, d'où, à la fin de la grossesse, défaut d'accommodation dû aux conditions anormales dans lesquelles il se trouve placé et fréquence des présentations vicieuses, mais, comme ces présentations vicieuses ont surtout une grande importance au moment de l'accouchement, nous les étudierons avec les conséquences de l'insertion vicieuse du côté de l'organisme maternel (p. 21).

Le placenta étant inséré plus bas que normalement, le



cordon sera lui-même plus près de l'orifice utérin ; de là, une plus grande fréquence de la *procidence* et de la *compression du cordon ombilical*, c'est du reste ce qu'on observe dans la pratique.

L'enfant se trouve plus exposé à être *expulsé avant terme* ; de même que la syphilis est la cause la plus fréquente de l'avortement, sûrement l'insertion vicieuse est la cause la plus fréquente de l'accouchement prématuré. Parfois l'insertion vicieuse est la cause de l'avortement, mais ce sont des faits moins connus. Cette expulsion est due, soit à l'hémorrhagie, soit à la rupture prématurée des membranes ; nous les étudierons plus loin.

On voit que toutes ces conséquences sont autant de dangers pour la santé et même pour la vie du fœtus. D'ailleurs, quand on parcourt les différentes statistiques, on voit que la mortalité des enfants avant l'accouchement, pendant le travail et quelques heures après la naissance, est excessivement élevée ; en effet, la proportion de décès varie entre 50 et 75 pour 100.

B. — *Au point de vue de la mère.* — 1<sup>o</sup> — On a remarqué depuis longtemps que les *présentations vicieuses* sont plus fréquentes quand le placenta est inséré sur le segment inférieur de l'utérus : en effet, la portion inférieure de cet organe étant occupée par le placenta, les lois ordinaires de l'accommodation ne sont pas observées, et le fœtus étant gêné, se place assez souvent transversalement ; s'il se place verticalement, la tête ne pouvant se loger en bas, il pourra se produire une présentation de l'extrémité pelvienne.

M. Pinard (mémoire, p. 11 et 14) sur 147 cas d'accou-

chements où les membranes s'étaient rompues avant l'apparition des douleurs, a noté 9 présentations du siège.

Les auteurs suivants ont constaté :

	cas	tête	tronc	siège
Simpson (p. 196) sur	90	59	21	10
Müller (p. 172)	587	387	134	66
King (p. 762)	196	172	11	13
Lomer (p. 1250)	126	70	44	32

2° — Si après la rupture prématurée des membranes le fœtus étant mort, l'accouchement tardait à se faire, les craintes de septicémie seraient à redouter. On sait en effet que tant que l'œuf est entier, le fœtus étant mort, il n'y a aucun danger de putréfaction ; or, comme dans le placenta prævia le fœtus succombe souvent avant d'être expulsé, on comprend que la rupture prématurée pourrait devenir pour la mère une source d'infection.

3° — L'hémorrhagie peut tuer rapidement la femme ou la mettre dans des conditions absolument mauvaises qui la font succomber peu de temps après.

4° — Pendant l'accouchement, la vie de la femme est plus exposée, ; il faut s'attendre à des difficultés de toutes sortes.

5° — L'accouchement étant terminé, on n'en a pas fini avec les complications graves, car la délivrance n'a pas sa physionomie habituelle : le placenta se décolle mal ou même ne se décolle pas dans sa totalité, les hémorrhagies sont plus fréquentes et présentent plus de gravité.

6° — De plus, comme le segment inférieur de l'uté-

rus ne présente pas sa texture habituelle (il est en effet beaucoup plus vasculaire qu'à l'état normal) il se produit de petites éraillures, et même de petites déchirures, qui sont autant de bouches absorbantes pour les micro-organismes extérieurs.

7°. — Cette portion du muscle utérin étant très peu contractile et peu rétractile, sera presque fatalement frappée d'inertie, d'où conditions très favorables à la production d'une hémorrhagie pendant la délivrance, et cela à un moment où la femme ne doit plus perdre de sang.

VII. — SYMPTÔMES ET DIAGNOSTIC. — I. *Symptômes.* — Les symptômes éprouvés par la femme peuvent se ranger sous deux catégories :

Les uns, symptômes généraux, tels que douleurs dans les reins, sensation de pesanteur ou de tiraillements dans le bas-ventre, etc., n'ont que peu ou point de valeur, car on les retrouve dans toute autre circonstance que dans l'insertion vicieuse.

Les autres qui ont une importance capitale, sont : la rupture prématurée et spontanée des membranes, et l'hémorrhagie ; nous allons les étudier successivement.

1. — *Rupture spontanée et prématurée des membranes.* — Aujourd'hui on admet qu'il y a rupture *tempestive* des membranes quand cette rupture se fait à la dilatation complète. « La poche des eaux se rompt lorsque la pression intra-amniotique est suffisante pour triompher de la résistance des membranes » (Tarnier et Chantreuil, p. 603.

Cependant, dans certains cas, cette rupture s'effectue au début de la période de dilatation. Est-on autorisé à la

considérer comme une rupture prématurée ? Assurément non ; on dit alors qu'il y a *rupture précoce, hâtive*.

Enfin, il peut y avoir écoulement du liquide amniotique plus ou moins longtemps avant tout début du travail, c'est cette rupture seule qui mérite la dénomination de *rupture prématurée*.

Depuis Hippocrate, on admettait que la rupture prématurée des membranes se produisait, parce que celles-ci n'avaient pas une résistance suffisante ; cette opinion a été soutenue pendant longtemps, mais il a bien fallu la rejeter quand, comparant l'épaisseur des membranes rompues prématurément et celles rompues à terme, on s'est aperçu qu'il n'y avait pas de différences ; on a été obligé de chercher une autre cause que la minceur des membranes.

Quand on étudie l'étiologie de la rupture prématurée des membranes dans les travaux et mémoires de Dubois, Depaul, Garripuy, Roulin, Burget, Azémar, etc., on est étonné de la variété des causes qui ont été invoquées : après la minceur des membranes, on a accusé l'hydramnios, la grossesse gémellaire, les rétrécissements du bassin, les mauvaises présentations, et même l'alimentation et les impressions morales.

Les recherches de M. Pinard lui ont permis de trouver la véritable cause de la rupture spontanée prématurée des membranes ; elles ont fait le sujet de la thèse inaugurale de M. Lacaille, dont voici les conclusions :

1° Lorsque le placenta est inséré au-dessus de 12 centimètres à peu près de l'orifice utérin, c'est-à-dire au moins dans le segment moyen de l'utérus, la grossesse

Alexis

est dans les conditions voulues pour aller à terme, et la rupture des membranes ne doit se faire qu'à la dilatation complète (sauf, bien entendu, les cas, où d'autres causes étrangères viendraient y mettre obstacle).

2° Le placenta est-il inséré au-dessous de douze centimètres, c'est-à-dire empiète-t-il sur le segment inférieur, la grossesse pour ce seul fait sera entravée dans son évolution à dater du septième mois, et la rupture des membranes précédera toujours la dilatation complète et souvent même tout travail.

3° Le lieu d'insertion du placenta le plus favorable au développement et à la nutrition du fœtus est le fond ou tout au moins le tiers supérieur de l'utérus.

En 1886, dans un mémoire sur « la rupture prématurée dite spontanée des membranes de l'œuf humain » M. Pinaud après avoir donné les conclusions de son élève, le Dr Lacaille, les modifie ainsi.

La première conclusion à laquelle arrive notre maître est la suivante : « Le placenta s'insère très souvent sur le segment inférieur de l'utérus. Je ne peux donner, même écourtées, mes 1394 observations, mais je puis affirmer que le placenta est plus souvent inséré sur le segment moyen et inférieur de l'utérus que sur le segment supérieur.

La deuxième conclusion est ainsi formulée : « la rupture prématurée des membranes est causée le plus souvent par l'insertion du placenta sur le segment inférieur.

La troisième conclusion est que « l'accouchement prématuré est très souvent provoqué par la présence du placenta sur le segment inférieur, soit qu'il y ait hémorrha-

gie, soit qu'il y ait rupture prématurée des membranes, soit qu'on n'observe ni l'un ni l'autre de ces accidents.

Nous ne nous occuperons ici que de la deuxième conclusion en apportant à l'appui quelques chiffres que voici :

Sur 1394 accouchements M. Pinard a constaté 147 fois la rupture des membranes avant toute apparition des douleurs et sur ces 147 cas, 105 fois les membranes, s'étendant de l'orifice par lequel le fœtus était passé au placenta, mesuraient de 0 à 10 centimètres.

Les statistiques récentes sont venues confirmer les premières.

Sur 46 cas bien nets de rupture prématurée, 38 fois le placenta était inséré à moins de 10 centimètres de l'orifice des membranes.

En additionnant ces statistiques on arrive à ce résultat que, sur 193 cas, 143 fois la distance de l'orifice des membranes au placenta a varié de 0 à 10 centimètres.

2. — *Hémorrhagie.* — L'hémorrhagie est le symptôme important de l'insertion vicieuse du placenta ; c'est elle le plus souvent qui, par son apparition, met sur la voie du diagnostic.

Par son abondance, par sa fréquence, par les différentes formes qu'elle affecte, l'hémorrhagie peut présenter toute sorte de degrés, depuis la perte de sang légère qui donne lieu à un affaiblissement général passager, jusqu'à celle qui cause une syncope fatale ou plonge la femme dans un coma qui se termine inévitablement par la mort.

Nous allons étudier ses caractères, nous verrons ensuite qu'elle peut faire défaut, puis nous chercherons

quelle est sa fréquence et à quel moment de la grossesse elle apparaît.

*Physionomie de l'hémorrhagie.* — Même avec un placenta inséré vicieusement, la femme peut arriver jusqu'au moment de l'accouchement sans avoir eu d'hémorrhagie, mais le plus souvent la perte de sang se produit pendant la grossesse, pendant le travail et pendant la délivrance.

1° *Pendant la grossesse.* — L'hémorrhagie a une physionomie toute spéciale qui la fait distinguer des autres pertes de sang. C'est pendant que la femme est tranquillement assise, occupée à un travail peu pénible, même alors qu'elle est couchée et profondément endormie, que l'hémorrhagie apparaît plus ou moins abondante. La femme, se sentant mouillée, croit avoir seulement perdu des eaux, elle regarde et s'aperçoit avec une certaine terreur que c'est du sang. Tel est le premier caractère de l'hémorrhagie, elle est *silencieuse, insidieuse*.

En outre, elle est relativement *considérable d'emblée*, c'est-à-dire que, immédiatement, une certaine quantité de sang s'écoule au dehors. Tel est le second caractère de l'hémorrhagie.

Le troisième caractère non moins expressif, c'est qu'elle *s'arrête spontanément*.

Voilà, en règle générale, comment se produit la première perte de sang due à l'insertion vicieuse du placenta. On a bien dit qu'elle pouvait tuer la femme, mais M. Pinard n'a trouvé aucun cas de mort parmi les observations des différents auteurs.

Habituellement l'hémorrhagie s'arrête, et ne réapparaît pas de quelque temps; parfois un petit suintement per-

siste pendant quelques heures et même plusieurs jours. La femme pourra avoir ainsi deux, trois, ou un certain nombre d'hémorrhagies, et alors l'hémorrhagie présentera une gravité plus grande à chaque fois.

2° *Pendant le travail.* — Que l'hémorrhagie se soit produite une ou plusieurs fois pendant la grossesse, ou qu'elle ait fait défaut, la perte de sang s'effectuera avec une intensité plus ou moins grande au moment du travail. Le tableau clinique change suivant que l'hémorrhagie apparaît pour la première fois ou non.

Toute la gravité du cas se résume dans l'abondance de l'hémorrhagie et dans l'état général où se trouve la femme à la suite des hémorrhagies antérieures.

3° *Pendant la délivrance.* — Immédiatement après l'expulsion du fœtus, l'hémorrhagie peut réapparaître de nouveau ; mais c'est surtout au moment même de la délivrance que l'hémorrhagie est dangereuse.

L'opinion de Stein et Hinze qui admettaient qu'après l'accouchement on n'avait plus rien à redouter au point de vue de l'hémorrhagie n'est pas soutenable ; c'est en effet le moment où l'utérus, ne se trouvant pas dans les conditions normales, ne se contracte pas régulièrement et donne lieu à cette hémorrhagie caractéristique que Ritgen (Müller, p. 213) avait dénommée *forme paralytique*.

La perte de sang est due à la faiblesse des contractions du segment inférieur ou encore à des adhérences anormales du placenta. Cette hémorrhagie affecte parfois la forme *en nappe*, car la portion du segment inférieur sur laquelle était inséré le placenta, n'ayant pas la même



texture et la même contractilité que le reste de l'utérus, une masse de vaisseaux sanguins restent béants ; de là ces hémorrhagies d'autant plus redoutables que la femme avait déjà perdu plus de sang. Les cas de M<sup>me</sup> Lachapelle (T. II, p. 416 et 459), où les malades moururent pendant que l'*utérus se contractait bien*, mais parce que le col était inerte, sont certainement des exemples de cette forme d'hémorrhagie.

D'ailleurs la mort subite, à la suite d'une hémorrhagie pendant la délivrance, n'est pas rare ; cela est démontré par les faits de Gaillard Thomas, Rigby, d'Obertenfer, etc.

Nous avons dit que l'hémorrhagie peut faire défaut ; cela nous amène à parler des cas où l'hémorrhagie est *évitable ou inévitable*.

Nous avons admis deux variétés d'insertion : l'une dans laquelle le placenta est inséré sur le segment inférieur plus ou moins près de l'orifice interne, mais ne le recouvre pas ; l'autre, dans laquelle le placenta recouvre l'orifice interne, en partie ou en totalité. Il est évident que dans cette dernière l'hémorrhagie est absolument inévitable, car le fœtus repoussant au-devant de lui le placenta, la perte de sang se produit forcément au moment de l'expulsion. Il n'en est plus de même dans la première variété, du moins cela dépend de la situation même du placenta : si l'insertion se fait au bord ou très près de l'orifice utérin on se rapprochera un peu du cas précédent, tandis que plus le placenta se trouvera éloigné de ce même orifice, et plus on aura de chance d'éviter l'hémorrhagie du moins pendant la grossesse.

Il est probable que c'est à cette dernière variété qu'appartiennent les faits cités par Müller (p. 179) : ainsi Zeilfuchs aurait noté l'absence d'hémorrhagie dans presque la moitié des cas observés. Leroux, Chapman, Baudelocque, Oslander, Nægele, Duparcque, Ritgen, Steinbergen, Velpeau, Mauget et Busch ont rapporté des observations où l'hémorrhagie avait fait défaut.

Dans quelques cas même, l'hémorrhagie ne s'est pas produite au moment de l'accouchement ; Argles, Frank, Stute et Scanzoni en ont reproduit des exemples. Pour M. le professeur Pinard, dans les cas d'insertion vicieuse qui se sont terminés sans hémorrhagie, le fœtus devait être mort et macéré ; il n'admet pas qu'avec une insertion complète et un fœtus vivant l'expulsion puisse se faire sans perte de sang.

La *mort du fœtus* a été considérée comme une cause de l'absence de l'hémorrhagie ; un certain nombre d'auteurs ont même voulu en faire une règle absolue (Moreau, etc...), mais des faits, non douteux, sont venus contredire cette assertion. Depaul (p. 663) cite plusieurs exemples d'hémorrhagies par insertion vicieuse du placenta, quoique l'enfant fût manifestement mort déjà depuis longtemps ; bien plus, L. Müller (p. 185), comme quelques auteurs qu'il cite, a observé des hémorrhagies dans les cas où la femme a accouché de fœtus putréfié.

Ajoutons que tout récemment une thèse a été soutenue sur ce sujet (Pandele, 1889).

La *fréquence de l'hémorrhagie* se confond pour ainsi dire avec la fréquence même de l'insertion vicieuse, puisqu'elle en est le symptôme important, cependant l'hémor-

rhagie ne se produisant pas inévitablement dans chaque cas, il faut différencier entre elles. Ainsi King (p. 758) sur 181 cas l'a noté 127 fois, soit 65, 22 pour 100

*A quel moment de la grossesse l'hémorrhagie apparaît-elle?* Ici il y aurait une distinction à faire entre le moment de l'apparition de l'hémorrhagie et la durée de la grossesse. En réalité, il s'écoule quelques heures et il peut se passer quelques jours entre l'apparition de l'hémorrhagie et l'accouchement qu'elle provoque, c'est-à-dire la fin de la grossesse; mais les auteurs confondant justement l'époque où apparaît l'hémorrhagie, il suffit de se reporter au tableau (p. 36) que nous donnons à propos de la durée de la grossesse.

II. — *Diagnostic.* — D'après certains auteurs les femmes se plaignent déjà depuis le quatrième mois de la grossesse de pesanteur, de ténésme vésical et de fortes pulsations des organes génitaux. Müller n'a observé ces faits dans aucun de ses cas, et la plupart des auteurs sont d'accord avec lui.

Nous ne nous occuperons donc que des signes qui ont une valeur réelle.

Deux cas peuvent se présenter: la femme ne perd pas de sang, la femme perd ou a perdu du sang.

*La femme ne perd pas de sang.* — Si l'on procède à l'examen d'une femme qui présente une insertion vicieuse du placenta, il est certains signes qui permettent de faire le diagnostic.

Par le toucher la perception du placenta est très difficile ou même impossible, mais si avec l'autre main placée sur la paroi abdominale on abaisse la région fœtale plus

ou moins élevée, ou sent que le segment inférieur est plus épais que de coutume, car il existe entre le fœtus et le doigt explorateur une sorte de corps mollassé qui en masque les caractères habituels. Cette épaisseur existe sur tout le segment inférieur de l'utérus, ou seulement dans une partie quelconque ; dans ces cas on peut non-seulement diagnostiquer la présence du placenta, mais encore la variété à laquelle on a affaire.

On sent en outre des battements du vagin, *pouls vaginal*, qui sont dus à la plus grande vascularisation de cette région ; ce signe est bon, mais il ne faut pas oublier qu'on le trouve dans d'autres circonstances, et même dans la grossesse physiologique.

Dans tous les cas, il faudra pratiquer le toucher avec beaucoup de douceur, avec une grande prudence, surtout il ne faudra jamais faire pénétrer le doigt dans le canal cervical ; une certaine curiosité inutile peut être suivie d'une hémorrhagie excessivement grave et même mortelle, certains auteurs en ont vu des cas.

*La femme perd du sang.* — Le palper ne donne pas d'autres renseignements que ceux que nous avons vus tout à l'heure.

Le toucher est très difficile. On doit le pratiquer lentement, avec précaution, le doigt pouvant décoller un cotylédon et causer une nouvelle hémorrhagie, dont la mort de la femme peut être la conséquence. S'il y a des caillots dans le vagin, il faut les retirer et mieux faire une grande injection. Ou on ne trouve rien, ou le col est perméable ; c'est alors qu'en pratiquant avec douceur le

toucher intra-cervical on peut arriver sur le relief d'une portion plus ou moins considérable de cotylédons.

Le *diagnostic différentiel* n'est pas difficile, les caractères seuls de l'hémorrhagie permettent de le faire. Il suffit de songer aux autres états pathologiques qui peuvent avoir quelques points de similitude lointaine pour ne pas commettre une erreur.

On ne confondra pas avec un cancer du col, avec un épithélioma ; car, à part l'hémorrhagie, il n'y aura aucun signe commun ; ni avec certains polypes venant faire saillie à l'orifice utérin, et en train de se sphacéler.

On pourrait à la rigueur hésiter quelques instants avec une môle hydatiforme, mais l'hémorrhagie qui l'accompagne a une physionomie spéciale, c'est un écoulement séro-sanguinolent, plutôt que du sang proprement dit ; il y a parfois expulsion des vésicules pathognomoniques, en forme de grappes, et caractère encore plus important, l'examen le plus attentif ne permet pas de constater la présence du fœtus.

Dans le cas où il y a hémorrhagie, il faut toujours chercher d'où vient le sang, car il ne faut pas, comme cela a été fait, prendre une hémorrhagie due à la rupture d'une varice du vagin pour une hémorrhagie due à l'insertion vicieuse du placenta.

De même, après la délivrance, il ne faut pas confondre une hémorrhagie due à l'insertion vicieuse avec des hémorrhagies provenant de lésions du col, du vagin ou de la vulve. Matthews Duncan (p. 444) a vu une artère du périnée saigner abondamment douze heures après la délivrance.

En résumé, le diagnostic pendant la grossesse peut parfois rester douteux ; on n'a que de simples présomptions.

Chez une femme bien portante, arrivée aux trois derniers mois de sa grossesse, s'il survient inopinément une hémorrhagie, alors qu'on ne trouve rien pour l'expliquer, si surtout cette hémorrhagie se reproduit, on est autorisé à croire à une situation anormale du placenta sur le segment inférieur de l'utérus, et l'on doit traiter la femme en conséquence.

Par contre, si l'hémorrhagie survient pendant le travail, si l'on peut arriver à ce moment avec le doigt directement sur une portion des cotylédons, le diagnostic d'insertion vicieuse du placenta peut être porté avec toute certitude.

VIII. — MARCHÉ. — Quelle est la marche de l'insertion vicieuse du placenta ou plutôt qu'elle est l'influence de cette anomalie d'insertion sur la grossesse, sur l'accouchement, sur la délivrance et sur les suites de couches ? Nous allons l'étudier successivement.

1<sup>o</sup> *Pendant la grossesse.* — Comme conséquence habituelle des accidents que nous venons d'étudier, la grossesse est le plus souvent interrompue, et l'on assiste à l'expulsion du fœtus. Si c'est dans les premiers mois de la gestation il y a *avortement* ; à partir du sixième mois, c'est-à-dire à l'époque où le fœtus est viable, on dit qu'il y a *accouchement prématuré*.

Le nombre des observations d'*avortement* par insertion anormale du placenta est relativement restreint, non que cette cause soit peu fréquente, mais parce qu'il n'est

pas toujours possible de constater l'insertion vicieuse du placenta lorsqu'il s'agit d'un avortement.

Certains auteurs ont cru que l'hémorrhagie présentait des caractères et des symptômes différents suivant qu'il s'agissait d'insertion vicieuse ou d'avortement proprement dit, en réalité il n'en est rien, car l'absence des douleurs pendant la perte de sang et même au moment de l'expulsion de l'œuf, est constatée dans l'un et l'autre cas.

Stark, Fielitz, Ritgen, etc.... (d'après Müller, p. 174) admettent qu'il y a une certaine connexion entre l'insertion vicieuse du placenta et l'avortement; Ritgen croyait même que la plupart des avortements spontanés sont dus à l'insertion vicieuse du placenta; à notre époque on a plus de tendance à attribuer la majeure partie des avortements à la syphilis avérée ou supposée.

Quoiqu'il en soit, le diagnostic d'un avortement dû à l'insertion anormale du placenta sera toujours difficile, car le toucher, qui pourrait donner les meilleurs renseignements, fera constater l'engagement du placenta au niveau de l'orifice interne, ce que l'on rencontre dans un avortement quelconque dû à n'importe quelle cause. D'autre part, l'hémorrhagie existant dans l'avortement comme dans l'insertion vicieuse du placenta, on sera porté à penser à l'avortement quand cette hémorrhagie se manifestera dans les premiers mois de la grossesse, tandis qu'on songera plutôt à une insertion vicieuse si cette hémorrhagie n'apparaît que dans les trois derniers mois. Rappelons que Seyfert (Müller, p. 175) admet avec raison que l'hémorrhagie due à l'insertion vicieuse du

placenta peut se produire à n'importe quel mois de la grossesse.

Pour les mêmes raisons qui entraînent l'avortement, l'*expulsion prématurée du fœtus* pourra se produire ; tout le monde est d'accord, et les statistiques sont formelles à cet égard.

Nous aurions pu donner des statistiques plus nombreuses en les prenant de seconde main, nous nous bornerons à reproduire seulement les chiffres que nous avons vérifiés nous-même dans les auteurs, auxquels nous les empruntons.

Ces auteurs n'ayant pas adopté exactement la même classification, nous croyons préférable de faire deux tableaux distincts :

*Epoque de la parturition dans les cas de placenta prævia.*

Auteurs	MOIS							Nombre des cas
	3 <sup>e</sup>	4 <sup>e</sup>	5 <sup>e</sup>	6 <sup>e</sup>	7 <sup>e</sup>	8 <sup>e</sup>	9 <sup>e</sup>	
Lachapelle (1825) (Obs.).	"	"	"	"	8	5	5	18
Simpson (1844), (p. 195).	"	"	3	5	19	19	43	89
Depaul (1876), (p. 647).	"	"	1	7	12	26	24	70
King (1880), (p. 756).	"	"	"	"	24	29	30	83
Pluyette (1883), (p. 70).	"	"	"	1	9	13	19	42
Total.	"	"	4	13	72	92	121	302

Nous voyons que les auteurs qui précèdent ont réuni dans la même colonne les accouchements qui ont eu lieu dans la première et la deuxième quinzaine du neuvième mois ; c'est un tort, il eût été préférable de les classer en



deux colonnes, ainsi que l'ont fait les auteurs figurant dans le tableau ci-après :

Auteurs	MOIS								Fin de la grossesse.	Nombre de cas.
	3 <sup>e</sup>	4 <sup>e</sup>	5 <sup>e</sup>	6 <sup>e</sup>	7 <sup>e</sup>	8 <sup>e</sup>	9 <sup>e</sup>			
Trask (1855),	1	1	2	7	40	86	32	46	215	
Kuhn (1867),	«	1	1	«	1	7	17	19	46	
L. Müller (1877),	«	«	7	14	72	141	95	266	595	
Total.	1	2	10	21	113	234	144	331	856	
Total du tableau précédent	«	«	4	13	72	92	121		302	
Total	1	2	14	34	185	326	265	331	1158	

De sorte que sur 1158 accouchements, 562 ont eu lieu avant le neuvième mois et 196 dans le courant du neuvième mois, c'est-à-dire qu'il y a eu presque autant d'accouchements prématurés que d'accouchements à terme, même en considérant tous les accouchements du neuvième mois comme étant réellement à terme.

M. le professeur Pinard a noté sur 392 accouchements :

167 accouchements prématurés.  
225 — à terme.

En somme, les auteurs sont à peu près unanimes à reconnaître que le plus grand nombre des hémorrhagies dues à l'insertion vicieuse du placenta se produisent dans les 6 ou 8 dernières semaines de la grossesse, c'est-à-dire que la grossesse est généralement interrompue à partir du septième mois, et surtout pendant le huitième mois et le commencement du neuvième.

2° *Pendant l'accouchement.* — L'accouchement peut être absolument normal au point de vue du mécanisme proprement dit, mais le plus souvent il est modifié quant à sa durée et quant à son mode de terminaison.

Nous avons vu que les présentations du tronc et du siège étaient plus fréquentes, nous ne ferons que les signaler en rappelant qu'elles peuvent être la cause de complications plus ou moins sérieuses.

Tant que la région qui se présente n'est pas engagée il peut y avoir augmentation de la perte de sang, en particulier si le fœtus se présente par l'épaule.

Parfois le placenta est expulsé avant le fœtus, on en a rapporté un certain nombre d'exemples; dans l'immense majorité des cas de ce genre l'enfant est mort, nous pourrions presque dire toujours, mais il existe une ou deux observations où l'enfant serait venu vivant, dit-on.

Notons encore qu'on a observé un certain nombre de faits dans lesquels les femmes ont présenté des contractions peu douloureuses et même tout à fait indolores.

Au point de vue *du mode de terminaison*, l'accouchement se fait spontanément ou artificiellement.

L'expulsion peut être *spontanée* dans le vrai sens du mot, c'est-à-dire qu'à aucun moment on n'a eu à intervenir; mais elle peut être encore *spontanée* après une intervention, nous verrons, en effet, qu'il y a des méthodes de traitement dans lesquelles on laisse à la nature le soin de terminer l'accouchement après avoir exécuté une version, la version bi-polaire, par exemple.

La terminaison est *artificielle* dans le cas, où, soit pour arrêt du travail, soit à cause de la continuation de l'hémor-

rhagie, on est obligé de procéder à une extraction rapide du fœtus.

A une époque, la version, puis l'application de forceps, ont été les modes de terminaison habituels; depuis 1863, une autre opération, la version combinée, proposée par Braxton Hicks, est venue s'ajouter aux autres modes de terminaison. On a même conseillé et pratiqué l'accouchement prématuré artificiel, mais cette méthode ne s'est pas répandue.

3° *Pendant la délivrance.* — La délivrance peut être aussi régulière qu'après un accouchement normal, c'est-à-dire qu'elle peut être spontanée ou naturelle; mais il faut s'attendre à des complications, hémorrhagies ou adhérences, qui mettent dans la nécessité de pratiquer la délivrance artificielle.

Nous ne reviendrons pas sur ce que nous avons dit au sujet des hémorrhagies de la délivrance (p. 28), mais nous allons donner quelques chiffres empruntés à des mémoires récents.

Obermann (p. 128) a noté que les hémorrhagies *post partum* dans l'insertion vicieuse du placenta sont plus considérables que dans l'accouchement normal. Ainsi sur les 15 cas qu'il cite, on fut obligé d'employer 13 fois le massage et les injections d'eau chaude; dans deux cas on doit suturer le col qui avait été déchiré.

Nordmann a constaté (p. 147) que sur 45 cas d'insertion vicieuse du placenta la délivrance avait été spontanée dans 12 cas; qu'on avait employé la méthode de Crede dans 21 cas; et qu'il y avait eu lieu de faire la délivrance

artificielle 12 fois. La délivrance artificielle a été faite 10 fois pour adhérence du placenta et 2 fois pour hémorrhagie..

Notons qu'à la clinique de Dresde il est d'usage d'attendre une demi-heure avant de pratiquer la délivrance après les accouchements normaux, mais, dans les accouchements où une intervention a été nécessaire, on délivre la femme, suivant la méthode de Credé, immédiatement après la sortie du fœtus pour laisser reposer la femme le plus tôt possible. Nous ne pouvons nous empêcher de constater qu'à la clinique de Dresde on délivre les femmes atteintes d'insertion vicieuse du placenta suivant la méthode de Credé, c'est-à-dire par la méthode dite d'expression; cela nous surprend un peu, car si nous comprenons jusqu'à un certain point l'utilité de cette méthode quand le placenta est inséré dans la moitié supérieure de l'utérus, nous ne nous rendons pas bien compte comment l'expression peut agir quand le placenta se trouve adhérent au segment inférieur.

Les hémorrhagies *post partum* présentant de la gravité furent observées 6 fois, une des femmes succomba même. On a constaté chez d'autres femmes une certaine tendance à l'inertie utérine, mais on en a triomphé, grâce à des frictions sur l'utérus et à l'administration de l'ergot de seigle.

Lomer (p. 1255) a constaté que sur 136 cas il avait fallu pratiquer 5 fois la délivrance artificielle; ce chiffre n'est pas très élevé; en général, les adhérences placentaires sont telles qu'il faut intervenir plus fréquemment qu'il n'a eu à le faire.

4° *Pendant les suites de couches.* — Les suites de couches sont beaucoup plus graves que celles observées après l'accouchement normal, bien qu'il ne faille pas comparer les suites de couches telles qu'on peut les constater actuellement avec celles observées avant l'application des moyens antiseptiques ; en effet, grâce à l'antisepsie obstétricale les résultats ont été considérablement modifiés. Cependant, la femme se trouve le plus souvent dans un mauvais état général qui la met dans une situation malheureusement trop favorable au développement des microorganismes.

Les anciens auteurs, M<sup>me</sup> Lachapelle (t. II, p. 363) entre autres, avaient bien remarqué que ces malades étaient plus sujettes à la péritonite, à la métrite, à la métrophlébite, à la phlegmatia alba dolens, etc..., mais ils ignoraient les liens étroits qui unissent ces maladies à l'infection puerpérale.

Dans 40 cas observés par Nordmann (p. 148), 25 fois les suites de couches furent normales ; 9 fois on constata une élévation faible de la température, 4 fois des accidents fébriles, plus graves dans l'un d'eux, la femme était entrée avec la fièvre ; deux malades eurent de la paramétrite, une autre fut atteinte de manie puerpérale.

Sur 15 cas, cités par Oberman (p. 129), il y eut 7 fois des suites de couches normales, 5 fois les suites de couches, sans être pathologiques, ne furent pas tout à fait régulières, il y eut un cas de paramétrite, un cas de sépticémie légère, et un cas de fièvre puerpérale à forme lymphangitique.

IX. — PRONOSTIC. — C'est une notion clinique, connue

depuis les temps les plus reculés, que la femme enceinte peut être gravement malade et même mourir à la suite d'une perte de sang abondante. Hippocrate connaissait les symptômes précurseurs d'une fin prochaine, témoin l'aphorisme 56 de son livre V « si au flux de sang de la femme il survient convulsion et défaillance du cœur, c'est un mauvais signe ».

Le pronostic, il faut bien le savoir, est de la plus haute gravité, tant pour la mère que pour l'enfant.

Nous avons vu que l'insertion vicieuse donnait lieu à l'avortement, à l'accouchement prématuré, aux mauvaises présentations, à la procidence du cordon ombilical, à des accidents divers, notamment à des hémorrhagies abondantes et répétées ; de plus, elle nécessite des interventions parfois très délicates, qui mettent la vie de la mère en danger, qui en outre exposent les organes génitaux maternels à des lésions et même à des déchirures, dont l'importance est augmentée par les chances de septicémie ; on comprend, par conséquent, que l'insertion vicieuse du placenta constitue l'accident le plus redoutable de la parturition.

La mortalité était considérable, il mourait 1 femme sur 3 ; mais ces chiffres nous sont fournis par les statistiques antérieures à l'antisepsie.

La mortalité des enfants était encore plus grande que celle des mères, on comptait 2 morts sur 3 cas, et ce chiffre était peut-être encore au-dessous de la vérité, car, dans l'insertion vicieuse, tout semble s'accumuler contre l'existence de l'enfant : il y a le plus souvent accouchement prématuré ; à la suite des hémorrhagies, l'anémie de la mère est plus ou moins profonde, les lésions du

placenta diminuent le champ de la circulation, c'est dire que le fœtus n'est pas dans de bonnes conditions pour bien se développer ; les présentations sont très souvent vicieuses, d'où fréquence du prolapsus et de la compression du cordon, et les manœuvres qu'ils entraînent ; les opérations nécessitées par l'insertion vicieuse elle-même, application de forceps et surtout l'extraction par le siège si dangereuses pour le fœtus, etc... De sorte que, après avoir échappé aux dangers de l'accouchement, l'enfant n'a que peu de chances de s'élever, car faible, chétif, il n'a pas la résistance nécessaire pour survivre.

Les résultats actuels sont bien plus favorables, grâce aux méthodes de traitement employées maintenant ; nous allons consacrer la seconde partie de notre travail à une étude minutieuse de ces méthodes.

## DEUXIÈME PARTIE

### De l'insertion vicieuse du placenta

#### au point de vue thérapeutique.

Pour bien comprendre l'utilité et l'importance du traitement dans l'insertion vicieuse du placenta, pour choisir avec discernement une méthode plutôt qu'une autre, il faut absolument connaître par quel mécanisme l'hémorrhagie et la rupture spontanée des membranes se produisent.

Cela nous amène à étudier rapidement quelles ont été les théories données par les auteurs pour expliquer la production de l'hémorrhagie ; nous parlerons seulement de celles qui pourront nous servir à expliquer les méthodes de traitement dont nous nous occuperons.

### I. — MÉCANISME DE L'HÉMORRHAGIE

Tous les auteurs admettent que c'est à la suite du décollement du placenta que l'hémorrhagie apparaît ; mais pourquoi le placenta se décolle-t-il ? Les auteurs sont loin de s'entendre sur ce point, on pourra en juger d'après les théories qui ont été proposées à différentes époques.

Depuis Levret jusqu'à Jacquemier on pensait que le



col en s'ouvrant pour prendre part à l'ampliation de la cavité utérine, produisait ce décollement. Malheureusement pour cette théorie, qui paraissait si claire et qui fut acceptée comme vraie pendant si longtemps, Stoltz vint démontrer que le col ne prenait aucune part au développement de la cavité utérine, si ce n'est dans les derniers quinze jours de la grossesse ; il fallait chercher une autre explication et ce fut Jacquemier qui la trouva.

*Théorie de Jacquemier (1846).* — Cet auteur (t. II, p. 237), admet avec raison que, pendant les deux premiers tiers de la grossesse, l'utérus se développe surtout par son fond, par sa partie supérieure, tandis que dans les derniers trois mois, c'est principalement le segment inférieur qui fournit à l'ampliation de l'organe ; d'autre part, vers cette même époque, le placenta a atteint son développement total ; d'où il résulte que, si le segment inférieur continue à se développer, le placenta ne peut le suivre. Ce serait donc un défaut de parallélisme entre le développement du placenta et celui du segment inférieur, qui, d'après Jacquemier, causerait le décollement et, partant, l'hémorrhagie. Cette rapidité de l'ampliation du segment inférieur de l'utérus serait d'autant plus considérable que cette portion de la cavité utérine, d'abord relativement étroite par rapport à l'ensemble de l'œuf, s'accroît à ce moment plus vite et sur une plus grande étendue ; de là, des tiraillements du placenta, une distension de cet organe, qui entraîne son décollement et finalement l'hémorrhagie.

Ce mécanisme est encore plus facile à accepter, si l'on

se rappelle qu'à l'amplication organique du segment inférieur vient s'ajouter la distension mécanique que subit cette même région à la fin de la grossesse.

*Théorie de Barnes* (1847) — R. Barnes (p. 382), soutient la théorie inverse. Ce ne serait pas le segment inférieur qui augmenterait trop vite par rapport au placenta, ce serait au contraire ce dernier qui se développerait trop rapidement, d'où le premier décollement de cet organe. De plus, Barnes attribue un rôle à ce qu'il appelle l'*hyperhémie périodique* du placenta ; se basant sur ce fait que l'hémorrhagie est plus fréquente aux époques menstruelles, il pense qu'à ce moment le placenta subit une sorte de congestion qui viendrait joindre son action à l'excès relatif de développement, et contribuerait à produire l'hémorrhagie.

La théorie de Barnes n'a pas été admise d'abord, parce que les faits démontrent que c'est le segment inférieur qui s'accroît ; en outre, il n'est pas prouvé que les hémorrhagies apparaissent surtout au moment des époques menstruelles.

*Théorie de Matthews Duncan* (1873). — Duncan (p. 325) trouve que toutes les théories sont erronées ; se basant sur ses observations personnelles, il pense que « ces hémorrhagies surviennent très fréquemment sans qu'il y ait aucun décollement du placenta, quoique, dans quelques cas, sans aucun doute, ce décollement ait lieu. Dans les faits d'hémorrhagie par insertion vicieuse du placenta qu'il m'a été donné d'observer, je n'ai pas trouvé sur cet organe les caractères pathologiques qui doivent, à ce que je crois, survenir après un décollement partiel, datant d'un

ou plusieurs mois ; et, dans la très grande majorité des faits que je trouve relatés, il n'est fait aucune mention de ces caractères morbides du placenta. »

« Cette variété d'hémorrhagie peut survenir de quatre façons :

1° Par la rupture d'un vaisseau utéro-placentaire au niveau ou au-dessus de l'orifice interne de l'utérus ;

2° Par la rupture d'un sinus marginal utéro-placentaire, dans l'aire de détachement prématuré, spontané, non pas quand l'insertion du placenta est centrale, ou qu'il couvre l'orifice interne, mais quand l'un de ses bords siège sur l'orifice interne, ou près de lui ;

3° Par la séparation partielle du placenta, à la suite d'une cause accidentelle, un choc ou une chute ;

4° Par la séparation partielle du placenta, conséquence des contractions utérines qui déterminent une légère dilatation de l'orifice utérin. De tels faits peuvent aussi être décrits comme des cas de fausse couche qui débute, mais qui s'arrête de très bonne heure. »

Les idées de l'éminent professeur d'Edimbourg n'ont pas eu un grand succès, car la clinique ne semble pas montrer comme fréquents les faits qu'il a observés ; d'ailleurs il serait trop facile de les réfuter théoriquement, car comment expliquer ces diverses variétés d'hémorrhagie sans admettre le décollement d'une partie du placenta si minime qu'elle soit ?

Le mécanisme qu'il invoque pendant le travail a une toute autre valeur ; ce serait par expansion que l'utérus se décollerait du placenta. Le Dr Bitot a bien expliqué dans sa thèse (p. 42 et suiv.) cette théorie qu'il a rendue

plus claire au moyen de quelques schémas ; pour donner une idée exacte de ce que Matthews Duncan entend par la *théorie de l'expansion*, il se sert de l'explication de M. Budin ; il nous semble utile de reproduire celle-ci : « Supposons, dit M. Budin, qu'un fœtus soit contenu dans l'intérieur d'un de ces sacs en caoutchouc dont on se sert en médecine et qu'il doive sortir par le canal cylindrique qui permet l'introduction des morceaux de glace, on sera obligé de dilater considérablement ce canal. Si au lieu de dilater ce canal cylindrique par son orifice externe, nous faisons une ouverture au niveau du fond du sac, les mains étant introduites de haut en bas, l'extrémité des doigts pénétrerait, pourrait passer entre la partie fœtale et le canal cylindrique de sa partie supérieure à sa partie inférieure. En écartant alors les deux mains avec une certaine force, on pourrait arriver à constituer un canal qui permettrait le passage du fœtus. Si on examine alors ce qui se passe au niveau du segment inférieur du sac, en rapport avec le canal cylindrique, on voit que pour arriver à permettre le passage du fœtus, cette partie elle-même du sac aura été considérablement tirillée, distendue et refoulée de dedans en dehors. En un mot, elle aura dû subir un mouvement d'expansion considérable. Un phénomène analogue se passe dans l'utérus au moment de l'accouchement. »

Cette théorie de l'expansion, ainsi présentée, est facile à comprendre, et doit être rangée parmi celles qu'on peut légitimement invoquer, du moins dans certains cas.

*Théorie de Depaul* (1876). — Depaul (p. 648) accepte la théorie de Jacquemier et la complète pour certains cas

particuliers qu'il avait eu l'occasion d'étudier avec soin. Il ajoute : « En résumé, on peut dire que l'hémorrhagie par insertion vicieuse du placenta provient de ce que toutes les parties de l'utérus ne se développent pas au même degré... Or, le développement de toutes ses régions ne se fait pas d'une manière uniforme. J'ai eu l'occasion d'examiner l'utérus des femmes qui avaient succombé pendant les derniers mois de la grossesse, et j'ai pu voir que dans les parties inférieures l'accroissement n'était pas le même partout. La région antérieure se développe en général beaucoup plus que la postérieure... »

« Dans ces dissections, je me suis assuré, en outre, que les parties latérales se développaient inégalement... »

« Il résulte de là que la plus grande irrégularité règne dans le développement des différentes parties de l'utérus. »

« Si la région antérieure, le plus souvent, prend une amplitude considérable, n'oublions pas que les parties latérales et postérieures participent à ces changements. Si, au contraire, le placenta est venu se greffer sur le segment inférieur, presque entièrement constitué par cette partie de l'utérus qui participera à l'amplitude générale de l'organe, il ne pourra suivre le développement des parois ; de là, séparation entre le tissu placentaire et le tissu utérin, rupture des vaisseaux utéro-placentaires et hémorrhagie. Si le délivre est appliqué sur l'orifice interne même, à la cause de perte viendra plus tard s'en joindre une autre, l'effacement du col qui, dans le courant du neuvième mois ou par le fait du travail, s'ajoutera au développement des parties avoisinantes. »

On voit que Depaul partage les idées de Jacquemier,

tout en éclaircissant certains points, qu'il a particulièrement étudiés.

Donc, pour les trois auteurs dont nous venons résumer les théories, Jacquemier, Duncan et Depaul, c'est l'accroissement du segment inférieur qui est la cause du décollement du placenta et partant de l'hémorrhagie pendant la grossesse.

En 1877, une nouvelle théorie apparaît, celle du *glissement*. Nous croyons utile de traduire le mémoire si important de Schröder ; bien que cité par MM. Bitot (1880), Pinard (1888), Charpentier (1890), il ne nous paraît pas suffisamment connu, et de plus nous avons à le critiquer sur un certain nombre de points inexacts à notre avis.

*Théorie de Schröder (1877).* — « Nous sommes tous d'accord, dit-il, dans sa communication à la Société obstétricale, pour admettre que les hémorrhagies dues à l'insertion vicieuse du placenta sont produites par le décollement partiel du gâteau placentaire d'avec le segment inférieur de l'utérus ; mais ce qu'on discute ce sont les causes de ce décollement partiel.

Matthews Duncan a publié dans ces derniers temps une nouvelle opinion qu'on peut interpréter ainsi : le segment inférieur de l'utérus se transforme pendant l'accouchement en une sorte de cylindre, de sorte que les parties constituantes du segment inférieur doivent s'agrandir dans la direction transversale, et d'autant plus qu'elles sont proches de l'orifice interne du col. Ces dernières, destinées à donner passage à la circonférence complète de la tête fœtale, doivent augmenter considérablement en surface. De même que, dans les cas physiologiques, après

l'expulsion du fœtus, le placenta se décolle parce qu'il ne peut suivre la rétraction physiologique de l'utérus, de même aussi il se décolle, quand il est inséré latéralement, parce qu'il ne peut suivre l'augmentation (en surface) et la traction transversale.

L'explication de Duncan est originale et mérite d'être prise en considération ; toutefois elle ne me paraît pas être la cause essentielle du décollement du placenta ; étant donnée la grande facilité d'accommodation du placenta à son lieu d'insertion, l'hémorrhagie apparaît trop tôt.

L'existence de cette propriété d'accommodation du placenta est facile à démontrer dans un accouchement naturel, où, même après la rupture des membranes et l'écoulement du liquide amniotique, même après que le fœtus a quitté la cavité utérine, le placenta reste encore adhérent. Ce fait devient plus évident dans la grossesse gémellaire. Je pourrais vous montrer l'utérus d'une femme accouchée, morte à la suite d'une rupture utérine, où le placenta était encore totalement adhérent. Par conséquent, le placenta a une propriété telle de s'accommoder à son lieu d'insertion, qu'on ne peut considérer l'augmentation transversale de son lieu d'insertion comme la cause de l'hémorrhagie.

Pour moi la cause fondamentale se trouve dans le glissement de la paroi utérine sur l'œuf, ce qui est la règle dans l'œuf intact, et ce qui devrait arriver exceptionnellement dans le placenta prævia avant la rupture des membranes.

Pour rendre notre explication plus claire, il faut étu-

dier de plus près les conditions physiologiques de la séparation de l'œuf.

Quand, ce qui est considéré comme étant la règle, la poche des eaux se rompt à la dilatation complète, il est incontestable qu'avant cette rupture la paroi utérine a subi un mouvement de glissement sur l'œuf, car c'est justement grâce à ce processus que se produit la dilatation. Ce glissement donne lieu à la séparation des membranes qui ne se fait pas si fréquemment qu'on l'admet, dans la tunique déciduale, mais assez souvent entre le chorion et l'amnios.

Les diverses couches de la tunique déciduale sont plus intimement unies ensemble que l'amnios et le chorion, de sorte que si le chorion se déchire, ce qui arrive facilement, il se rétracte avec la tunique déciduale et le segment inférieur peut remonter en haut, tandis que l'amnios intact forme la poche des eaux. Si celle-ci se rompt tardivement, l'amnios et le chorion se séparent en totalité ou presque complètement. Après la rupture des membranes, l'amnios séparé des autres tuniques de l'œuf, la caduque et le chorion sont décollés de la face interne de l'utérus à la suite de la contraction de cet organe. Il est facile de démontrer cette séparation entre le chorion et l'amnios sur les membranes expulsées, on peut la poursuivre jusqu'à l'insertion du cordon. La contraction utérine, après l'expulsion du fœtus, ne suffit pas toujours pour séparer la caduque et le chorion; dans certains cas ceux-ci se détachent du placenta et restent plus ou moins adhérents à la surface interne de l'utérus. Dans ces cas



des débris du chorion restent adhérents à l'utérus, ainsi que Benicke l'a signalé.

Quelle est la fréquence de la séparation de l'amnios, d'avec le chorion ? Les chiffres, donnés par Schüleïn vont nous la faire connaître : sur 175 placentas il y avait :

Séparation complète de l'amnios et du chorion 46 fois, soit 26 pour 100 ;

Séparation partielle 33 fois, soit 19 pour 100 ;

Les membranes étaient totalement adhérentes 96 fois, soit 55 pour 100.

Vous serez étonnés de voir combien grande est cette fréquence, mais elle l'est encore plus qu'elle ne paraît d'après ces chiffres, si on songe que, dans tous les cas de rupture prématurée des membranes, l'amnios et le chorion restent adhérents.

Servons-nous de ce que nous savons au sujet de la séparation de l'œuf d'avec l'utérus, pour expliquer ce qui se passe dans le placenta prævia.

Si, la poche des eaux étant intacte, le segment inférieur de l'utérus se rétracte, c'est seulement possible par une séparation qui se fait entre la paroi utérine et l'œuf.

Si cette séparation a lieu dans la caduque, elle se produit là où est inséré le placenta, en dedans de la caduque sérotine, c'est-à-dire que le segment inférieur s'écarte du placenta, celui-ci se séparant de son lieu d'insertion.

Cette séparation pourrait être évitée, quand la poche est intacte, s'il y avait un glissement de l'amnios sur le chorion ; le placenta pourrait alors remonter, en même temps que le segment inférieur.

Cette séparation a lieu exceptionnellement dans le pla-

centa prævia : de plus elle ne s'effectue que dans une mesure limitée ; l'insertion du cordon mettant obstacle à une séparation plus étendue.

Dans les cas seuls d'insertion marginale sur le bord supérieur du placenta et d'insertion vélamenteuse, cette séparation pourrait tout au plus atteindre une étendue plus grande ; comme cela n'arrive pas habituellement, il en est résulté que dans 6 cas de placenta prævia pas une fois on n'a trouvé l'amnios séparé du chorion.

Il en résulte que dans le placenta prævia, tant que les membranes sont intactes, le segment inférieur doit s'écarter du placenta, et ce dernier alors doit se décoller dans sa partie inférieure. On peut suivre aussi ce changement sur la femme vivante. Plus l'orifice du col remonte, plus apparaît cette partie du placenta qui est située au devant du fœtus, non, parce que celui-ci s'abaisse, mais parce que l'orifice du col s'élève. Les conditions sont différentes après la rupture des membranes. Dès que l'amnios est déchiré, le placenta peut remonter avec le segment inférieur, la cause de séparation entre l'utérus et le placenta n'existe plus.

Ici, j'arrive à un point très important de la thérapeutique du placenta prævia. Si dans le cas où la poche des eaux est intacte, la séparation (du placenta d'avec l'utérus), qui cause l'hémorrhagie, est inévitable ; si au contraire, après la rupture des membranes, le placenta peut suivre son point d'insertion sans se décoller, la rupture des membranes est l'indication essentielle pour empêcher la production de l'hémorrhagie. En effet, la plupart des praticiens sont d'accord sur ce fait que la rupture des

membranes arrête l'hémorrhagie. On explique cela en disant que la partie qui se présente fait tampon ; pourtant cette explication ne suffit pas : ainsi l'hémorrhagie s'arrête dans la présentation du siège, mode des genoux où la partie fœtale ne fait pas tampon.

Après ces considérations, je dois d'autant plus insister pour qu'on pratique la rupture prématurée des membranes dans le placenta prævia, pour que celui-ci puisse remonter avec le segment inférieur, et pour qu'il ne se décolle pas pendant les contractions utérines. Une thérapeutique autre devient absolument superflue.

Je ne veux pas laisser passer l'occasion sans m'élever contre l'accouchement aussi rapide que possible, si recommandé dans ces derniers temps. J'ai vu dernièrement un cas, où l'extraction ayant été faite avec un orifice peu dilaté, une déchirure du col se produisit et s'accompagna d'une hémorrhagie mortelle. Antérieurement à ce fait, j'avais observé un cas analogue.

Je considère donc, encore maintenant, comme la meilleure méthode thérapeutique de rompre les membranes le plus tôt possible, puis d'engager un pied par des manœuvres combinées, ensuite d'attendre l'expulsion de l'enfant et de ne la favoriser que par une extraction faite avec de grandes précautions.

Pour Schröder l'accommodation du placenta à son lieu d'insertion serait telle que le décollement ne pourrait se produire à la suite de l'augmentation transversale de l'utérus et pour appuyer son dire il prend l'exemple de l'accouchement normal. Il nous semble que la comparaison de

Schroöder n'est pas exacte, car les conditions sont absolument différentes s'il s'agit de l'insertion normale du placenta dans la moitié supérieure de l'utérus ou s'il s'agit de l'insertion vicieuse du placenta dans le segment inférieur; cela est si vrai que dans le premier cas il ne se produit habituellement rien, tandis que dans le second le plus souvent il y a hémorrhagie. C'est justement cette perte de sang qui constitue la différence entre ces deux états qu'on ne peut en aucune manière comparer l'un et l'autre.

Nous lui faisons le même reproche au point de vue du cas de grossesse gémellaire et de celui de rupture utérine avec lesquels il continue sa comparaison; dans ces deux cas il s'agit encore de situation normale du placenta et non d'insertion vicieuse.

Que la théorie de M. Duncan ne soit pas suffisante pour expliquer tous les cas, cela est incontestable, mais il n'en est pas moins vrai que, dans l'insertion vicieuse, le segment inférieur en s'élargissant pour laisser passer le fœtus devra fatalement se convertir en un cylindre, et dans ce mouvement d'expansion devra décoller le placenta, d'où production de l'hémorrhagie.

Comme on le voit par la fin de son mémoire, Schroöder est partisan de la version combinée de Braxton Hicks; nous verrons que la théorie du glissement conduit tout naturellement à une autre méthode aussi sûre et plus facile à exécuter.

*Théorie de M. le professeur Pinard (1886).* — A la suite des recherches dont nous avons parlé plus haut M. Pinard est arrivé à formuler une théorie que nous allons résumer. Il admet la distension mécanique, acceptée depuis Jac-

quemier, mais il ne croit pas qu'il y ait hypergénèse des tissus; l'hémorrhagie se produirait d'après le mécanisme suivant:

Le chorion est très solidement adhérent au placenta; lorsque l'insertion se fait dans le segment supérieur ou dans le segment moyen, la portion des membranes qui correspond à l'orifice utérin est assez éloignée du placenta, en sorte que s'il se produit des tiraillements en ce point ils se répartissent sur une grande étendue des membranes. Tandis que, s'il y a insertion vicieuse, la portion des membranes qui s'étend de l'orifice utérin au placenta n'a que quelques centimètres de longueur; alors il peut arriver deux choses: ou la pression intra-amniotique triomphe des membranes et celles-ci se rompent; ou le chorion étant très résistant ne se déchire pas, et comme il est fortement adhérent au placenta, il entraîne celui-ci et par conséquent le décolle.

Quand l'œuf s'allonge, il faudrait qu'il y ait un parallélisme complet entre la paroi utérine et les membranes; et si la paroi utérine peut se développer facilement, il n'en est pas de même des membranes, dont l'extensibilité est beaucoup moindre. Si le placenta occupe le segment moyen, l'extensibilité des membranes se produira sur une plus grande étendue. Si le placenta est inséré sur le segment inférieur, l'extensibilité des membranes ne pourra avoir lieu que dans une faible étendue; alors la tête appuyant sur les membranes, l'amnios peut se décoller en grande partie, même autour du cordon ombilical, tandis que le chorion étant très résistant, surtout au niveau et au voisinage du placenta, résistera, et il se produira ou un dé-

veloppement du placenta, ou finalement une déchirure du chorion, qui sera suivie de la déchirure de l'amnios.

Tel est du moins le mécanisme qu'on peut invoquer pendant la grossesse.

Voici comment M. le professeur Pinard explique la production de l'hémorrhagie pendant le travail.

« Nous avons admis deux variétés d'insertion vicieuse : dans la première, l'orifice n'est pas recouvert ; dans la deuxième variété, l'orifice est recouvert par le placenta. Dans la première variété l'hémorrhagie peut ne pas se produire, mais *elle est possible*, dans la deuxième variété *l'hémorrhagie est absolument inévitable*. Rappelons de plus que nous avons vu la femme ne pas perdre de sang, quand, les membranes étant largement déchirées, il s'était écoulé de l'eau. Cela est applicable au placenta inséré vicieusement. On a oublié que les membranes jouent le plus grand rôle dans le décollement du placenta ; nous savons en effet que lorsqu'elles ne se déchirent pas, il y a décollement si elles mesurent moins de dix centimètres de l'orifice utérin au placenta.

Nous voyons déjà les cas où l'hémorrhagie se produira et ceux où elle n'aura pas lieu.

Le mécanisme est le même que pendant la grossesse, s'il s'agit d'insertion vicieuse partielle du placenta, c'est-à-dire, ou il y a rupture étendue des membranes et écoulement du liquide, ou les membranes résistent, et il y a décollement du placenta s'accompagnant d'hémorrhagie.

Si l'insertion est complète, l'hémorrhagie est inévitable au moment de l'accouchement. Ce ne sont plus les tiraillements des membranes produits par la pression fœtale

qui causent l'hémorrhagie, mais c'est le fœtus lui-même qui, agissant directement sur le placenta, le repousse au-devant de lui, le décolle, et produit l'hémorrhagie.

M. Pinard s'élève contre la théorie de Puzos qu'on a opposée à la sienne ; la rupture des membranes n'est rien, l'écoulement de liquide n'a aucune action, l'abaissement de la région fœtale n'agit pas comme tampon, c'est uniquement le tiraillement des membranes, et c'est ce seul mécanisme qui peut expliquer nettement les hémorrhagies à répétition.

Maintenant que nous connaissons le mécanisme par lequel se produit l'hémorrhagie nous pouvons jeter un coup d'œil d'ensemble sur les différentes théories émises pour l'expliquer. A regarder d'un peu près, il n'y a que deux opinions qui comptent : 1° l'accroissement du segment inférieur ; 2° le glissement de l'utérus sur l'œuf.

Ces théories ont eu leur conséquence dans la pratique. Tant que la première a été seule acceptée on s'est efforcé, *en général*, d'opposer une barrière infranchissable à l'hémorrhagie sur laquelle on ne croyait pas avoir d'autre moyen d'action ; car on n'espérait pas pouvoir la prévenir, de là les procédés dont le *tampon* est le type.

Avec la seconde, une méthode s'est imposée, la *rupture des membranes*, parce qu'on s'est aperçu que le meilleur moyen d'arrêter l'hémorrhagie était de supprimer la cause qui la produisait.

Au-dessus de ces méthodes une idée principale domine ; tous les accoucheurs l'ont eu, depuis Paré jusqu'à nos jours : *terminer l'accouchement le plus tôt possible*, car c'est

le seul moyen de sauvegarder efficacement l'existence de la mère ; quelques méthodes n'ont eu en vue que ce but unique.

Nous ne nous occuperons que des méthodes usitées actuellement, et nous les étudierons dans l'ordre suivant : le tamponnement, la méthode de Chassagny, la version combinée, la méthode de Barnes, et la rupture prématurée et artificielle des membranes.



## II. — DES MÉTHODES DE TRAITEMENT

### 1. — DU TAMPONNEMENT.

Il n'est pas certainement, parmi les méthodes thérapeutiques que nous avons à étudier, un procédé qui ait été plus discuté que le tamponnement. Moyen héroïque pour les uns, incertain pour les autres, il a été finalement considéré comme inefficace et même comme dangereux.

L'idée d'opposer au sang qui coule abondamment une barrière infranchissable est déjà très ancienne. Fabrice de Hilden, Hoffmann, Smellie, ont fait ou tenté une sorte de tamponnement, mais c'est à Leroux de Dijon qui, dès 1776, formula très nettement les indications de ce procédé et l'érigea en méthode.

Depuis Leroux, diverses tentatives ont été faites pour modifier le tamponnement; on s'est servi de substances diverses pour remplacer les lambeaux de linge ou d'étoupes qu'employait Leroux, on a remplacé le vinaigre, dont il les imbibait par différents styptiques, perchlorure de fer, etc., mais en définitive on a trouvé que les bourdonnets de charpie imbibés de sérat donnaient les meilleurs résultats. On a essayé d'apporter des modifications à ce tampon considéré comme classique en France, à l'étranger surtout

on a employé des vessies en caoutchouc, le colpeurynter, et tous les insuccès qu'on a eu avec ce dernier ont été mis sur le compte du tampon en général. Ce qui a fait le mérite de ce procédé c'est son application méthodique rigoureuse, telle qu'en un mot Dubois, Depaul Tarnier, et les autres accoucheurs français l'ont enseignée.

Nous ne décrivons pas le manuel opératoire, il est trop connu, on le trouve d'ailleurs dans Depaul (p. 684); nous nous bornerons à rappeler que pour être efficace le tampon doit être très volumineux, qu'il faut employer par conséquent une grande quantité de charpie ou d'ouate *aseptiques*; c'est seulement quand tout le vagin est considérablement distendu qu'il met réellement un obstacle infranchissable à l'écoulement du sang.

Cette barrière est-elle si infranchissable ?

De l'aveu de tous les auteurs, l'hémorrhagie peut continuer; ici il y aurait lieu de se demander si le tamponnement avait été bien fait, mais on a des exemples certains, où le tampon ayant été mis suivant toutes les règles par des hommes qui en avaient une grande habitude, (P. Dubois, Depaul, etc.), le sang a imbibé la charpie et est venu couler au dehors. Nombre d'auteurs en ont rapporté des exemples, et L. Müller (p. 316) donne 47 cas (sur 165) dans lesquels l'hémorrhagie a persisté.

Quand l'hémorrhagie continue ou se reproduit, il faut retirer le tampon, faire une injection d'eau chaude antiseptique, et réappliquer un nouveau tampon. Généralement des modifications se sont produites du côté du col et la dilatation est devenue suffisante pour avoir recours à une autre méthode.

On admet que l'action irritante du tampon provoque des contractions utérines et amène le début du travail ; Schœller a même voulu en faire un moyen pour pratiquer l'accouchement artificiel et a réussi quelquefois, mais nous allons voir que cette action est loin d'être constante : Depaul (p. 687), a vu des femmes chez lesquelles le tampon, laissé en place pendant 24 et même 36 heures, n'a développé aucune contraction ; dans certains cas, le tampon a dû séjourner pendant 7 à 8 jours pour provoquer les contractions utérines (L. Müller p. 317) ; dans d'autres cas, même après un séjour très prolongé, il n'y a pas eu de début de travail. Dans plusieurs cas rapportés par Hegar (p. 158) il y a eu des douleurs très fortes qui n'ont produit aucun résultat au point de vue du travail, car ces douleurs se limitaient à la partie inférieure de l'abdomen et occasionnaient des contractions énergiques des muscles abdominaux.

L. Müller a rassemblé 128 cas, bien observés au point de vue de l'effet du tampon sur la contraction utérine : 16 fois il n'y a pas eu de contractions ; dans 11 cas il est resté sans action pendant des heures ; 3 fois pendant plusieurs jours. Pour un certain nombre de cas il s'agissait fort probablement du colpeurynter.

On a remarqué qu'après la contraction l'utérus revenant sur lui-même, s'élève, tandis que le tampon, qui avait été abaissé par la contraction utérine, au lieu de le suivre, reste en place, de sorte qu'il se forme un espace entre le tampon et la route vaginale, dans lequel le sang peut facilement s'accumuler. L'expérience clinique a dé-

montré la réalité de ce fait, les auteurs en font foi ; nous ne citerons que Depaul (p. 687) qui a vu « quelquefois le sang s'accumuler entre l'œuf et la paroi utérine ou, ce qui est plus fréquent, entre le segment inférieur de la matrice et le tampon ».

Le tampon est-il douloureux ? Est-il supportable ? Pour être efficace il faut que le tampon distende fortement la paroi vaginale qu'il comprime contre les os du bassin ; il est évident que cette compression, persistant pendant plusieurs heures, devient assez rapidement douloureuse, qu'elle produit du ténésme rectal et vésical ; mais si l'on a au préalable vidé le rectum et la vessie, ces derniers phénomènes peuvent ne pas apparaître. Il y a des femmes chez lesquelles le tampon ne sera supportable que pendant un laps de temps très court ; cependant, en général, les patientes, comprenant l'importance du danger auquel elles sont exposées, le tolèrent le temps nécessaire.

On a varié sur le nombre d'heures pendant lesquelles le tampon doit rester en place, on a exagéré cette durée qu'on a portée parfois jusqu'à 36 heures et au-delà ; habituellement, il ne faut pas laisser le tampon plus de 10 à 12 heures ; après ce laps de temps on l'enlève et on en applique un second au besoin.

Il est excessivement difficile d'apprécier la valeur du tamponnement par les statistiques ; car, le plus souvent, surtout quand il s'agit de statistiques empruntées aux auteurs étrangers, on ignore si le tamponnement a été fait suivant les règles données par Leroux et suivies en France, ou si même on ne s'est pas servi du colpeuryn-

ter ou d'autres moyens analogues ; quoiqu'il en soit, nous allons donner les chiffres qu'on trouve à ce sujet :

Ludwig Müller (p. 349) donne sur 161 femmes traitées par le tamponnement 35 cas de mort, 126 guérisons. Il ajoute en outre que 8 jours après, il y avait eu 12 décès de plus. Par conséquent, on peut à la rigueur ajouter ces 12 cas aux 35 cas de mort, ce qui ferait 47, soit 21 pour 100.

D'après King (p. 775) sur 12 femmes traitées par le tampon, sans qu'on ait ajouté aucun styptique, aucun astringent, une seule est morte, soit 8,33 pour 100. Il y a eu quatre enfants morts, mortalité 33,33 pour 100.

Dans un autre tableau figurent les cas de tamponnement où on s'est servi de styptiques ou d'astringents. Dans un cas on a employé des dilateurs en caoutchouc, dans un autre cas on a tamponné avec le colpeurynter. Sur 73 femmes, 18 sont mortes, soit mortalité, 25 pour 100 ; 39 enfants ont succombé, soit mortalité, 53 pour 100.

En réunissant les deux tableaux de King nous voyons que, sur 85 femmes, 19 sont mortes, et 43 enfants ont succombé, soit mortalité : pour les mères, 22,36 pour 100, pour les enfants 50,57 pour 100.

D'après M. Auvard le nombre de femmes traitées à la clinique d'accouchements par le tamponnement depuis 1855 à 1885 serait de 41, sur lesquelles il y aurait 26 guérisons et 15 décès, soit mortalité : 36 pour 100.

Pendant la même période 47 femmes ont été soignées à la Maternité par la méthode de Leroux appliquée seule : on a constaté 34 guérisons, 13 décès, mortalité 28 pour

100. Mais M. Auvard distingue avec raison deux périodes : 1<sup>re</sup> statistique avant l'antisepsie ; 2<sup>re</sup> statistique depuis l'antisepsie, et il obtient les chiffres suivants :

Avant l'antisepsie :		Après l'antisepsie :	
Nombre total	29	Nombre total	18
Guérison . . . . .	18	Guérison . . . . .	16
Décès . . . . .	11	Décès . . . . .	2
Mortalité . . . . .	38 %	Mortalité . . . . .	11 %

M. Auvard fait remarquer que les 2 décès après l'antisepsie sont dus, l'un à ce que la femme avait été apportée exsangue et mourante à la Maternité, l'autre à un état pathologique des reins, la femme succomba à l'urémie ; 10 enfants ont succombé sur 18.

Si nous additionnons les statistiques que nous venons de rapporter en ayant soin d'omettre les 18 cas de la Maternité appartenant à la méthode antiseptique nous obtenons les chiffres suivants :

	Enfants		Mères	
L. Müller sur	161 cas	47 décès 21 0/0	163 cas	95 décès 60 0/0
King	35	19 » 22	85	43 » 50,50/0
à la Clinique	41	15 » 36	41	32 » 18,66
à la Maternité	29	11 » 38	29	16 » 55
Mortalité totale.	316 cas	92 décès 29,10	318 cas	186 décès 58,48/0

Ajoutons que ces chiffres appartiennent tous à la période antérieure à l'antisepsie obstétricale ; il est certain que, grâce aux précautions actuelles, on arrivera avec le tamponnement à de meilleures statistiques que celles qui précèdent.

Pour résumer la méthode du tamponnement et pour bien montrer quelle est la conduite d'un certain nombre d'accoucheurs dans les cas d'insertion vicieuse du placenta, nous emprunterons à Depaul la méthode qu'il tenait de Paul Dubois, et qu'il appliquait à l'hôpital et dans sa clientèle privée.

Ces deux maîtres avaient la plus grande confiance dans le tamponnement, mais ils savaient avoir recours en même temps à plusieurs autres procédés suivant que le cas l'exigeait. Ainsi Depaul enseigne (p. 687 et suiv.) :

« Après avoir eu soin de vider le rectum et la vessie, on applique le tampon suivant le procédé de Dubois ; on le laisse en place 10 à 15 heures au plus ; on le retire alors ; on examine l'état du col, et si l'hémorrhagie est arrêtée, on laisse la femme au repos, en la soumettant à la surveillance la plus stricte ; on réappliquera un autre tampon à la moindre hémorrhagie.

Pendant le travail, on donnera un peu de seigle ergoté, mais le tamponnement est le seul moyen héroïque dans ces circonstances.

Quand le travail est bien déclaré, on peut avoir recours à la méthode de Puzos, mais dans des conditions absolument déterminées : femme peu affaiblie, placenta partiellement inséré sur l'orifice, ou seulement dans le voisinage, présentation du sommet, travail parfaitement

établi. Dans tous les autres cas, le tamponnement aura la préférence.

Si, après la rupture des membranes, l'hémorrhagie réapparaissait, il faudrait appliquer de nouveau le tampon.

On ne doit pas attendre que le fœtus expulse le tampon au moment de sa sortie, mais délivrer la femme le plus tôt possible.

**Avantages et inconvénients du tampon.** — Aux avantages que le tamponnement présente viennent s'ajouter de graves inconvénients qu'on a signalés surtout pendant ces dernières années.

Dans tous les auteurs, on note que les femmes chez lesquelles on a pratiqué le tamponnement sont très sujettes aux suites de couches pathologiques. M<sup>me</sup> Lachapelle, Dubois, Depaul, etc., ont signalé la fréquence des péritonites, des métrites, et autres inflammations auxquelles les femmes succombaient trop souvent. Aujourd'hui, les recherches microbiologiques ont donné l'explication de faits que les anciens accoucheurs avaient observés sans pouvoir les expliquer; aussi le tampon est-il rejeté par certains auteurs comme une cause sérieuse de septicémie puerpérale. Pour eux, il serait à peu près impossible d'avoir un tampon sûrement aseptique pendant tout le temps qu'il reste en place, c'est-à-dire que si jusqu'à un certain point le tampon, quand on le met, présente quelques garanties au point de vue de l'asepsie, il n'en est plus de même après un certain nombre d'heures, car son séjour prolongé dans le vagin provoque du côté de la muqueuse des ulcérations et de la mauvaise odeur.



On reproche en outre au tampon d'être très difficile à bien exécuter ; il exige l'intervention de gens expérimentés, aussi le plus souvent est-il illusoire.

Il n'empêcherait pas l'écoulement du sang, puisqu'il se laisse imbibier ; de plus, on lui reproche d'être douloureux, si douloureux que certaines femmes ne peuvent pas les supporter.

La mortalité des enfants serait très considérable.

Quoi qu'il en soit, il n'en est pas moins vrai que le tamponnement a sauvé un grand nombre de femmes, surtout depuis la méthode antiseptique.

Il n'en est pas moins vrai encore qu'on sera obligé de s'en servir dans les cas où toute autre intervention serait impossible.

Nous dirons volontiers avec notre maître, M. le professeur Pinard : « le tampon ne doit plus être considéré que comme un moyen de *nécessité*, et jamais comme un procédé de *choix* » (*Echo méd.*, 1888, p. 358).

## 2. — MÉTHODE DE CHASSAGNY

A côté du tamponnement, il faut placer une méthode très ingénieuse, peu connue, et qui nous a paru digne d'être mentionnée, quoiqu'elle n'ait pas encore fait ses preuves d'une façon définitive.

Le Dr Chassagny, de Lyon, cherche depuis longtemps le moyen d'arrêter les hémorrhagies de la grossesse

et de provoquer l'accouchement avec des ballons dilateurs spéciaux. Profitant de la curieuse propriété des vessies animales (vessie de porc, etc.), dont la souplesse est telle qu'elles prennent exactement l'empreinte des objets creux dans lesquels on les dilate, M. Chassagny a combiné un appareil curieux, qui lui aurait donné de bons résultats.

M. Hubert (de Louvain) a essayé le procédé de Chassagny, et après quelques hésitations a constaté que les faits avancés par l'accoucheur de Lyon étaient exacts. D'ailleurs voici ce qu'il en dit lui-même : « Après des tâtonnements, nous croyons être parvenus, l'inventeur de la méthode de son côté, et moi du mien, à donner à l'instrument une forme à peu près irréprochable.

L'élytro-cyste, que nous avons présenté à l'Académie (*Bull. de l'Acad. royale de méd. de Belgique*, séance du 26 novembre. 1887) se compose d'une vessie préparée par M. Mathieu et d'un disque en caoutchouc de 10 centimètres de diamètre qui acquiert 4 centimètres d'épaisseur par l'insufflation. Disque creux, simple, facile à introduire, muni d'un tube qui permet de le gonfler d'air et percé au centre d'un canal pour le passage du tube qui alimente la vessie.

*Mode d'emploi.* — Après avoir fait vider le rectum et la vessie on fait coucher la femme en long ou en travers, selon les circonstances. La vessie animale bien ramollie par une immersion de quelques minutes dans un liquide tiède, est trempée dans l'huile antiseptique ou enduite de sérat et poussée dans le vagin aussi haut que possible.

jusque dans le col, s'il est perméable. Le tube qui doit l'alimenter est alors poussé par l'ouverture du disque de caoutchouc, qu'on introduit comme un pessaire ordinaire et qu'on gonfle ensuite d'air.

L'appareil étant en place, on le met en communication avec un réservoir d'eau tiède, situé à 75 centimètres plus haut que le bassin de la femme. On laisse affluer l'eau tout doucement; la vessie se remplit peu à peu, et s'épanouit sous une pression d'environ 75 grammes par centimètre carré ».

Voici les résultats qu'a donnés cette méthode, qui a été surtout employée en Belgique; ils nous sont donnés par le professeur Hubert de Louvain, qui après avoir relaté les observations *in extenso*, conclut ainsi :

« En résumé, dans ces 10 cas de *placenta prævia*, l'hémorragie a été toujours instantanément arrêtée, et l'effacement et la dilatation du col ont toujours été obtenus avec une rapidité et une innocuité jusqu'ici sans exemple.

Une femme est morte de pleuro-pneumonie (Obs. IV, suite de couches normales jusqu'au sixième jour, où éclate une pleuro-pneumonie). Nous pourrions laisser de côté ce cas malheureux qui fausse nos résultats, et dont la méthode n'est certainement pas responsable. Nous préférons le compter et accepter une mortalité de 10 0/0, alors que les autres statistiques accusent une mortalité de 25, sinon de 31 0/0.

En ajoutant les 16 observations de Chassagny aux nôtres, nous obtenons 26 cas : une femme est morte = mortalité 4 0/0 ».

La mortalité pour les enfants n'a aucun rapport avec la méthode, cas sur dix cas : 1 enfant est né acéphale, 2 survivent, 2 ont vécu une demi-heure, 5 sont nés morts ; mais dans 2 cas il y avait un rétrécissement considérable du bassin, 2 fois il y avait des circulaires autour du cou, et dans 8 cas l'accouchement a été terminé par le forceps ou la version.

Cette méthode a été employée un nombre de fois trop peu considérable pour qu'on puisse porter une appréciation définitive sur elle ; néanmoins il était utile de signaler les résultats qu'elle a donnés entre les mains de MM. Chassagny, Hubert de Louvain, et de plusieurs accoucheurs belges. L'avenir dira ce qu'il faut en penser.

### 3. MÉTHODE BRAXTON HICKS

Braxton Hicks n'est pas l'inventeur de la version combinée, mais il en fait une application si heureuse à l'insertion vicieuse du placenta que l'on a justement donné son nom à cette opération.

Elle a reçu, en outre, d'autres appellations : version combinée, version bipolaire, version mixte, version par manœuvres internes et externes, version de Braxton Hicks, etc.

On a par endroits omis des points sur lesquels Braxton Hicks insiste, ailleurs on a dénaturé cette méthode, certains auteurs même, après avoir loué les résultats qu'elle donne, ont oublié le nom de celui qui l'avait proposée ;

ces raisons nous ont fait penser qu'il serait peut-être utile de donner une traduction exacte, non du mémoire entier de Braxton Hicks, mais de la partie qui intéresse notre sujet, afin qu'on puisse s'y rapporter en toute assurance.

Voici comment Braxton Hicks (p.225) décrit le manuel opératoire de sa méthode : Nous supposerons un cas où tout est normal ; l'orifice utérin est assez dilaté pour admettre un ou deux doigts, les membranes sont intactes, la face du fœtus regarde à droite.

« La malade est placée dans la position obstétricale ordinaire. Ayant enduit ma main gauche d'un corps gras, je l'introduis dans le vagin autant que cela est nécessaire pour pénétrer de la longueur d'un doigt dans le canal cervical, quelquefois il faut introduire toute la main, dans d'autres cas trois ou quatre doigts suffiront. Ayant nettement reconnu la tête et sa position, par rapport à l'un ou l'autre côté de l'orifice utérin, je place ma main droite sur le fond de l'utérus à travers la paroi abdominale; je m'efforce de reconnaître le siège ce qui est généralement facile. La main placée sur l'abdomen appuie doucement, mais avec fermeté, sur le siège, pour l'abaisser du côté droit; comme il fuit (sous la pression) alors la main l'accompagne soit en palpant doucement, soit en exécutant une sorte de mouvement de glissement sur la paroi abdominale, tandis qu'au même moment l'autre main repousse la tête dans la direction opposée, pour la faire remonter au-dessus du détroit supérieur.

« Quand le siège est à peu près arrivé au niveau du diamètre transverse de l'utérus, la tête sera au-dessus du

détroit supérieur et l'épaule correspondra à l'orifice utérin; cette dernière sera repoussée de la même manière que la tête et, après une légère pression exercée à l'extérieur sur le siège, le genou touche le doigt et peut être attiré en bas. Quand les membranes sont intactes, il arrive souvent qu'aussitôt que l'épaule a été sentie, le siège et le pied viennent se mettre au contact de l'orifice par suite de la tendance qu'a l'utérus de placer le grand axe du fœtus en rapport avec ses grands diamètres.

« Dans le cas où néanmoins on aurait quelque peine à accrocher le genou avec le doigt on abaisserait le siège davantage et finalement le pied tombera dans la main.

« Cela rendra parfois la version plus aisée de passer la main au-dessous de la tête, à travers la paroi abdominale, dès que celle-ci sera au-dessus du bassin, et de la soulever tandis qu'on appuiera en sens inverse sur le siège.

« Tout cela s'exécute généralement en moins de temps que je n'ai mis à le décrire, quoique parfois cela demande une persévérance modérée, ferme et constante, et une certaine patience, comme celle qu'il faut dans toute opération obstétricale.

« Dans le cas où la face du fœtus regarde à gauche, le manuel opératoire à suivre diffère du précédent, en ce que c'est la main gauche qui abaisse le siège et la main droite qui agit sur la tête.

« C'est dans l'intervalle des contractions utérines que les mains doivent agir; on les tiendra immobiles pendant la contraction utérine... C'est un des principaux avantages de cette méthode de pouvoir être employée à un moment où les autres méthodes sont inapplicables.

«... Dans les cas de placenta prævia, je trouve dans ma méthode une utilité qui m'a été démontrée en différentes circonstances.... Voici comment j'opère pour n'avoir ni hémorrhagie externe, ni hémorrhagie interne pendant l'accouchement. Quand je sens les membranes, et que je constate une présentation du sommet, je procède, comme je viens de le décrire (Braxton Hicks fait sa version combinée). Quand c'est le pied qui se trouve à l'orifice utérin, je saisis ce pied, et j'entraîne la jambe à travers l'orifice utérin aussi bas que possible sans forcer. Au moyen de cette douce traction exercée par le simple poids du bras, j'obtiens ainsi une sorte de tampon qui arrête l'hémorrhagie. Je maintiens la jambe au dehors de cette manière; et, comme l'orifice utérin se dilate, la jambe, par sa forme conique, constitue un excellent tampon; à son tour le siège agira de même quand il s'engagera dans l'orifice utérin.

« Cela fait, nous disposons d'un temps précieux, et nos efforts devront être consacrés à remonter les forces de la malade, qui a été affaiblie, parfois anéantie, par la perte antérieure. Dans les cas extrêmes, la valeur de cette période est absolument inestimable.

« Ensuite on attend les contractions utérines; et l'on agit comme dans une présentation du siège.

« Généralement, les douleurs arrivent une heure ou deux heures après, mais si elles tardaient plus longtemps et s'il n'y a pas une trop grande dépression des forces, on donne du seigle ergoté; ici j'insiste fortement sur l'importance de ne pas extraire l'enfant avec rapidité après avoir accompli la version, qu'il s'agisse de la version clas-

sique ou combinée. Cette remarque s'applique particulièrement aux cas de placenta prævia, et plus spécialement aux cas où l'écoulement de sang a été abondant.

« Quand le fœtus est engagé à travers le col, comme la dilatation a augmenté, une douce traction, exercée sur lui, ainsi que nous l'avons dit plus haut le simple poids du bras sera, je pense, toujours suffisante pour arrêter une hémorrhagie ultérieure. La forme du fœtus, étant conique des pieds aux épaules, s'adapte admirablement comme un tampon sur le col et le segment inférieur de l'utérus, qui ne présente pas alors sa forme globulaire, mais prend plus ou moins la forme du fœtus ».

Braxton Hicks pense que les cas où il faut terminer rapidement l'accouchement sont rares; il estime que beaucoup de cas de placenta prævia ont été suivis de mort parce que l'on avait voulu terminer l'accouchement trop hâtivement. « Faire la version, dit-il plus loin, et tout danger est éloigné, si l'on se sert du fœtus comme d'un tampon; attendre les contractions, remonter les forces pendant ce temps, et laisser la nature accomplir l'accouchement » (p. 234).

Plus loin il dit qu'il y a avantage à employer le chloroforme (p. 236).

Dans cet exposé si clinique, nous n'avons que deux points à critiquer : il s'agit du seigle ergoté et du chloroforme.

Braxton Hicks donne du seigle ergoté quand il voit que le travail se fait trop attendre. Aujourd'hui une pareille intervention serait blâmée, du moins en France; mais il faut se reporter à l'époque où ce mémoire a été



écrit (1863) ; quand les hommes comme P. Dubois, Depaul, etc., étaient les premiers à prescrire du seigle ergoté, même dans l'insertion vicieuse du placenta, il n'est pas étonnant que Braxton Hicks, ait avec bien d'autres, suivi cet exemple. Sauf cette administration du seigle ergoté, qui d'ailleurs a été également conseillée depuis par Hofmeier et d'autres accoucheurs, ce mémoire est excellent en tous points, écrit avec la compétence et la sagesse de l'homme, qui avance des opinions appuyées par des faits.

Il y aurait peut-être une autre réserve à faire à propos du chloroforme chez les femmes présentant une hémorrhagie due à l'insertion vicieuse du placenta. Nous savons qu'un certain nombre d'accoucheurs (Hofmeier, etc.), n'hésitent pas à le donner en pareils cas, les observations de P. Negri que nous rapportons plus loin en sont un exemple ; Lomer dans ses 101 cas a toujours donné le chloroforme ; mais quant à nous, nous pensons avec M. Pinard qu'on peut s'en passer dans la pluralité des cas, qu'il faut être prudent et n'user d'anesthésiques que lorsqu'on ne peut pas faire autrement et bien entendu quand il n'y a pas de contre-indications.

Revenant à la méthode de Braxton Hicks, nous dirons qu'elle a été très bien accueillie à l'étranger surtout en Allemagne où elle paraît s'étendre de plus en plus.

Tout récemment à Paris, M. le Dr Laskine, dans sa thèse « Sur la version bipolaire », consacre à l'utilité de cette méthode dans le placenta previa un chapitre, où l'on trouvera 46 observations empruntées à différents auteurs.

Nous allons résumer les mémoires les plus récents sur ce sujet, et faire connaître les appréciations portées par les accoucheurs étrangers. Cette énumération sera peut-être un peu fastidieuse, mais elle fera voir l'importance qu'on attache à la version combinée et elle nous permettra surtout de l'apprécier avec pièces à l'appui.

Kuhn (1868), Fasbender (1872), Martin (1876), Schröder (1877), Kaltenbach (1878), Witzel (1881), Hofmeier (1882), Behm (1883), Lomer (1884), Wyder (1886), P. Negri (1887), Obermann et Nordmann (1888), ont rapporté de nombreuses observations, où la manœuvre de Braxton Hicks a été pratiquée, le plus souvent avec succès, et font tous le plus grand éloge de cette méthode.

Nous parlerons seulement des mémoires qui contiennent des statistiques importantes.

I. — En 1876, le Dr Martin donne 29 observations et ajoute: « Si je n'avais pas eu trop confiance dans les auteurs qui conseillent l'extraction forcée, j'aurais sauvé 3 femmes de plus. » Outre ces 3 femmes il en a perdu 9 autres pendant les suites de couches, au total 12 sur 29, soit, 41, 4 pour 100. Il ne donne pas la mortalité des enfants.

De tous les auteurs que nous allons citer c'est lui qui a obtenu les résultats les moins heureux; il ne faut nullement s'en étonner, ces cas sont antérieurs à l'antisepsie obstétricale. Hecker aussi n'a pas obtenu de très bons résultats de cette méthode, mais d'après Hofmeier ce serait parce qu'il ne pratique pas une antisepsie rigoureuse.

II. — En 1882, Hofmeier (a, p. 93), sur 37 cas qu'il a observés a constaté que 19 fois le col était presque complètement effacé et que 18 fois il avait subi peu de modifications.

Sur ces 37 cas, 30 fois il a pratiqué lui-même la version combinée et 7 fois il y a eu des interventions diverses.

Hecker avait dit que par la version de Braxton Hicks on peut seulement avoir des enfants de petit volume, néanmoins Hofmeier a extrait sans aucune difficulté de gros enfants, un entre autres pesant 4 kilogrammes.

Il donne le chloroforme quand il y a nécessité absolue, le plus souvent il peut s'en passer.

Il administre l'ergotine dans presque tous les cas pendant l'extraction, dans le but de faire contracter l'utérus après l'accouchement.

Sur 37 enfants 17 étaient morts avant l'entrée de la femme à l'hôpital; sur les 20 autres, 6 sont morts, 3 non viables, 3 pendant l'opération, mortalité 63 pour 100.

Sur 30 femmes chez lesquelles la version combinée a été pratiquée, une seule est morte, 17 jours après d'un phlegmon et d'une phlébite du membre supérieur droit; la femme avait été tamponnée sans succès (p. 98); l'enfant était mort, la sécrétion vaginale et le placenta exhalaient une mauvaise odeur, mortalité générale 2,7 pour 100; mortalité pour la version combinée, 1 décès sur 30 cas (et non comme tout le monde l'écrit 1 sur 37, soit 3,33 pour 100).

III. — En 1883, Behm (p. 381) rapporte que sur 40 cas de placenta prævia, il a pratiqué lui-même la version com-

binée 30 fois; il n'a pas eu de décès du côté des mères, et il a perdu 25 enfants, 83, 4 pour 100.

Voici quelles sont ses conclusions (p. 384).

1° La version combinée permet une intervention hâtive avec une dilatation suffisante pour l'introduction d'un ou de deux doigts, à un moment, où les femmes n'ont pas encore perdu beaucoup de sang, c'est-à-dire où elles sont capables de réagir.

2° Le siège abaissé (et au besoin des tractions exercées sur celui-ci) joue le rôle d'un tampon, ce qui permet de rejeter le tamponnement et par conséquent.

3° Fait éviter du côté de la femme la septicémie.

En agissant ainsi on n'a pas éloigné tout danger. L'intervention rapide dans la version combinée doit être suivie d'une extraction lente au moment où la dilatation est complète, ou mieux doit être terminée par l'accouchement spontané, pour empêcher les déchirures du col qui compromettent si gravement la vie des femmes.

Avec la version combinée comme l'hémorrhagie est arrêtée, on peut

4° Attendre un certain temps, de sorte que même les femmes très anémiées pourront être réconfortées par les analeptiques, ce qui permet

5° De prévenir les hémorrhagies tardives de la délivrance.

En réalité, Behm ne conseille pas autre chose que la manœuvre de Braxton Hicks en l'accompagnant des mêmes recommandations que l'accoucheur anglais.

IV — En 1884, Lomer a écrit une excellente monographie sur la version combinée comme traitement du

placenta previa; nous lui avons déjà emprunté bon nombre de documents, nous allons maintenant étudier les résultats que lui a donnés cette opération.

Les cas qu'il a observés à la Policlinique de l'hôpital des femmes de Berlin font suite à ceux qu'Hofmeier a recueillis dans le même hôpital; ils sont au nombre de 136, sur lesquels il y a eu 13 morts.

En réunissant ses faits à ceux d'Hofmeier et de Behm, sans faire aucune distinction, sans tenir compte de la méthode employée, Lomer obtient les chiffres suivants:

Hofmeier	47 cas	4 morts,
Behm	53	4
Lomer	136	13

Ce qui fait 21 décès sur 236 cas, soit 8 pour 100, ce qui est un très faible pourcentage, étant donné que tous les cas sont comptés en bloc, bons ou mauvais.

Si sur les 136 cas de Lomer on élimine : 6 cas de mort non imputables à la méthode (3 femmes mourantes à leur entrée; 2 déchirures dues à l'extraction forcée, 1 décès après accouchement en présentation du sommet) et 30 accouchements spontanés en présentation du sommet, (dont 1 figure déjà aux décès), il reste 101 cas, dans lesquels 9 opérateurs différents ont pratiqué la version combinée.

Sur ces 101 cas qui nous intéressent, on a enregistré 7 décès (3 infections, 2 septicémies acquises avant l'entrée à l'hôpital, 1 à la suite de la pénétration de l'air dans les veines après la délivrance artificielle, 1 dû à une hémor-

rhagie profuse artérielle, survenant le septième jour, secours tardifs, mort à la suite d'anémie aiguë).

51 enfants sont morts.

Statistique : mortalité, pour les mères 7 0/0.

— — — — — enfants 50 0/0.

Il fait remarquer avec raison que ces résultats sont moins bons que ceux d'Hofmeier et de Behm, mais c'est que l'opération, dans les cas qu'il rapporte, a été pratiquée par 9 différents accoucheurs. S'il prend les 16 cas où il a opéré, il a eu 16 succès, et la statistique devient la suivante :

Hofmeier	37 cas	1 décès
Behm	40 «	0 «
Lomer	16 «	0 «

Ce qui donne 1 décès sur 93 cas, soit un peu plus de 1 pour 100 ; mais il commet une erreur, car c'est seulement dans 30 cas que Hofmeier et Behm ont pratiqué la version combinée, il faut donc rectifier son tableau ainsi :

Hofmeier	30 cas	1 décès
Behm	30 «	0 «
Lomer	16 «	0 «

Ce qui fait seulement 1 décès sur 76 cas, soit 1,30 pour 100. C'est la statistique la plus favorable qu'on ait publiée.

Aussi Lomer est-il un partisan déclaré de la version combinée ; il ne comprend pas qu'elle ne se soit pas répandue plus rapidement, et trouve pour l'expliquer les raisons suivantes (p. 1240) :

1° La version combinée était inconnue en obstétrique, comme l'exploration bimanuelle en gynécologie.

2° L'emploi du chloroforme est d'une grande importance.

3° Les opérateurs ne pensaient qu'à une chose, terminer rapidement l'accouchement.

4° Ils attachaient trop d'importance à la vie de l'enfant.

V. — En 1886, Wyder (p. 354) rapporte une statistique de 189 cas, dus à Schroeder et 88 dus à Gusserow ; c'est la méthode de Braxton Hicks qui a été employée et en réunissant ces chiffres on obtient :

Mortalité pour les mères	13, soit	7,2 0/0
—	enfants	122, — 65 0/0

VI. — En 1887, Paolo Negri a publié un petit travail qui mérite d'être connu, parce qu'il contient des faits intéressants ; nous le rapportons presque en entier.

Cet auteur voudrait que, par la lecture de ses observations, on fût bien convaincu :

1° Que la version combinée arrête l'hémorrhagie, ce qui est le but essentiel qu'on veut obtenir ;

2° Que la version est facile à pratiquer, surtout quand on plonge la femme dans l'anesthésie chloroformique ;

3° Qu'associée à l'antisepsie rigoureuse elle diminue considérablement la gravité du pronostic ;

4° Qu'elle n'est pas aussi dangereuse pour le fœtus que certains auteurs semblent le dire ; surtout quand on a la patience d'*attendre*, bien entendu, s'il n'y a aucune indication pressante du côté de la mère.

Negri rapporte alors six observations personnelles, assez longuement détaillées, qu'il résume dans un tableau,

nous nous contenterons de rapporter la statistique de ces faits. Sur 6 cas :

Mortalité pour les mères 0, soit 0/0

— 1 mort pour les enfants 2, — 33 0/0

Il termine son mémoire en donnant les détails suivants :

a. — Dans les 6 cas, l'hémorrhagie a cessé immédiatement après la version combinée ; et elle ne s'est pas reproduite.

b. — La version combinée a pu être exécutée dans tous les cas ; cependant chez la femme de l'observation n° 4 le liquide amniotique s'était complètement écoulé et on avait donné du seigle ergoté ; dans la sixième observation, l'opération fut faite avant le début du travail, le col était long, un seul doigt put être introduit dans la cavité utérine.

c. — Les suites de couches furent normales ; on constata seulement un peu de fièvre chez la femme de l'observation II, par suite d'antisepsie incomplète.

d. — Des 6 enfants, 4 sont venus vivants et trois ont continué à vivre. Des 2 qui sont venus morts, 1 avait succombé avant que l'opération ne fut terminée, l'autre est mort pendant l'accouchement, c'était un enfant avant terme, âgé de 7 mois environ. L'enfant qui, né vivant, a succombé 11 heures après sa naissance, était hydrocéphale et présentait un spina bifida.

e. — Il s'est écoulé entre le moment où la version combinée a été faite et le moment où l'expulsion spontanée a eu lieu, dans un cas 50 minutes, et 12 heures dans le cas où la durée a été la plus considérable.



VII. — De 1883 jusqu'à la fin de 1887, Obermann (p. 122) a observé 64 cas de placenta prævia, pour lesquels la mortalité totale a été :

0 0 Pour les mères, 11 pour 100

— les enfants, 53 pour 100

De ces 64 cas, il faut éliminer 15 cas qui ont été traités par d'autres méthodes; il reste donc 49 cas où l'on a pratiqué la version combinée et l'extraction lente. Or, sur ces 49 femmes il faut retrancher 1 d'elles qui a succombé peu de temps après l'intervention et dont l'état était tel qu'il n'y avait aucune possibilité de la sauver (p. 123). Reste donc en définitive 48 cas sur lesquels il n'y a eu que 1 cas de mort, soit 2, pour 100; sur 31 enfants vivants avant l'intervention, 13 sont morts, soit 42 pour 100.

Obermann préfère l'extraction lente de Hofmeier à la conduite passive de Behm pendant l'extraction. — Après l'expulsion du siège, dès que le cordon est accessible au doigt, il tâche d'accélérer le dégagement des bras et de la tête, en même temps il fait pratiquer le massage de l'utérus. Dans les 15 cas, ainsi traités par lui, il n'a pas perdu de femmes, mais la mortalité des enfants a été encore élevée, puisque 10 ont succombé, soit pendant l'accouchement, soit moins de 6 heures après.

Donc comme statistique sur 15 cas :

Mortalité des mères . . . 0, soit 0 0/0

— enfants . . . 10, soit 66 0/0.

En résumé, voici quelles sont les conclusions d'Obermann :

1° Dans les cas d'hémorrhagie due à l'insertion vicieuse du placenta il faut intervenir le plus tôt possible.

2° La méthode opératoire la meilleure est la version combinée suivie de l'extraction lente.

3° L'opérateur doit *extraire réellement*, c'est-à-dire par des tractions douces il doit fixer constamment le siège sur l'orifice utérin.

4° Le massage méthodique de l'utérus pendant toute la durée de l'extraction (lente) est un excellent adjuvant et rend l'extraction plus rapide.

5° Lorsqu'il y a hémorrhagie due à une déchirure du col, il faut placer sur celui-ci des sutures avec des instruments appropriés.

6° Le tamponnement à la gaze iodoformée est seulement applicable pendant la grossesse. Dans les cas de dilatation insuffisante le colpeurynter est préférable.

7° Alcool dans tous les cas largement administré.

VIII. — A la clinique de Dresde, du 1<sup>er</sup> septembre 1883 jusqu'au 15 novembre 1887, Nordmann (p. 134) sur 5779 accouchements a constaté 45 cas d'insertion vicieuse du placenta.

Voici comment ils ont été traités; on a eu recours à trois méthodes:

1° On a employé le colpeurynter, c'est-à-dire qu'on a appliqué le colpeurynter, ou le tamponnement, avec ou sans rupture des membranes, puis on a laissé l'accouchement se terminer spontanément;

2° On a fait la version ou on a abaissé un membre inférieur (dans les présentations du siège), puis on a fait immédiatement l'extraction;

3° On a pratiqué également la version, en la faisant suivre de l'abaissement du pied, mais on a procédé tardivement à l'extraction.

Nous ne nous occuperons ici que du deuxième et du troisième groupe, c'est-à-dire des cas où l'on a fait la version combinée avec extraction immédiate ou tardive.

*Deuxième groupe* (version bipolaire, extraction immédiate). Ce groupe renferme 23 cas qui ont donné lieu à la mort de 4 femmes; 7 enfants ont succombé, mais 6 d'entre eux étaient morts avant l'entrée de la mère dans le service.

En résumé sur 23 cas, mortalité des :

Mères 4, soit 17,3 pour 100;

Enfants 7, » 30,43 pour 100

Si l'on défalque les 6 enfants morts avant toute intervention, on n'a que 1 seul enfant mort, soit 4, 4 pour 100 (p. 143).

*Troisième groupe* (version combinée, extraction tardive). Ce groupe renferme 6 cas; la durée de l'extraction a été de 1/4 d'heure à 4 h. 1/2. Tous les enfants ont succombé, un seul était mort avant l'entrée à l'hôpital. Une seule des mères a succombé, il s'agissait d'un placenta central, son état était si grave qu'on a opéré seulement dans l'espoir d'avoir l'enfant vivant; elle est morte 1/4 d'heure après. Statistique sur 6 cas :

Mortalité des mères 1, soit 16, 66 pour 100;

— 5 enfants sur 5, soit 100 pour 100.

L'analyse des mémoires que nous venons de faire nous permet de tirer les conclusions suivantes :

C'est bien la méthode de Braxton Hicks qui est pratiquée en Allemagne et en Italie. Elle a donné les meilleurs résultats.

La méthode de Braxton Hicks donne lieu à plusieurs considérations, et d'abord est-elle efficace, est-elle facile ?

1° Les statistiques réunies dans le tableau ci-dessus nous dispensent de prouver son efficacité au point de vue du résultat final ; mais, serrant la question de plus près, arrête-t-elle complètement l'hémorrhagie ? Lomer (p. 1258) va nous fournir une réponse très nette : « Je n'irai pas jusqu'à dire qu'une serviette propre, placée sous le siège de la malade, ne sera pas souillée par un peu de sang pendant l'expulsion du fœtus, mais il ne se produira pas d'hémorrhagie forte et persistante, et si cela était, il suffirait d'exercer une ou deux tractions sur le pied du fœtus, pour l'arrêter immédiatement ».

2° Cette manœuvre est-elle facile ? L'efficacité de cette méthode étant admise, il ne faudrait pas hésiter à la pratiquer même si elle présentait quelques difficultés, mais disons-le immédiatement, elle est le plus souvent facile. Negri, Lomer pour ne citer que ceux-là, sont d'accord avec beaucoup d'autres accoucheurs pour reconnaître qu'elle est généralement facile à exécuter ; ce dernier ajoute qu'il s'était exagéré les difficultés, qu'il a été étonné de la facilité avec laquelle elle peut être accomplie, qu'il a même autorisé les étudiants à la pratiquer sous sa direction, et qu'ils l'ont facilement réussie.

Kallenbach (p. 186) affirme que les difficultés de la version bipolaire ont été exagérées par les auteurs qui se

basant sur des idées théoriques, ne l'ont jamais essayée eux-mêmes, parce qu'ils ne la croyaient pas praticable ; dans le placenta prævia, au contraire, tout semble concourir à la rendre très aisée.

On s'est demandé si l'hémorrhagie ne peut pas continuer ou se produire de nouveau après la version combinée. Parmi tous les auteurs il n'y a que Behm qui a observé un cas où une certaine quantité de sang s'était accumulée au-dessus du siège du fœtus dans la cavité utérine, et cela sans aucune gravité pour la malade.

Ainsi donc, tout en admettant la possibilité de l'hémorrhagie interne, on est en droit de dire qu'elle est exceptionnelle, et d'ajouter que l'expérience montre son peu d'importance dans la pratique.

3° Combien peut-il s'écouler de temps depuis l'intervention jusqu'au moment où le fœtus est expulsé par les seules forces de la nature ?

Braxton Hicks dit que généralement l'accouchement se termine après 1 ou 2 heures, cependant nous voyons dans une observation de Negri qu'il s'est écoulé 12 heures.

Behm (p. 394), qui laisse l'expulsion se faire toujours spontanément, ne l'a pas vu se produire après plus de 11 heures, en moyenne 2 heures 1/2.

D'ailleurs il y a entre les différents accoucheurs diverses manières d'agir après l'exécution de la version combinée.

Déjà Müller (p. 285), fait remarquer qu'en vidant trop rapidement l'utérus, on peut produire la mort brusque par suite du collapsus ou d'anémie cérébrale. En outre, l'extraction rapide du fœtus donne rarement le résul-

tat voulu, c'est-à-dire avoir un enfant vivant; elle va plutôt à l'encontre du but qu'on se propose, car c'est alors qu'on voit l'orifice utérin se serrer spasmodiquement autour du cou du fœtus, et être entraîné au dehors des organes génitaux.

Les accoucheurs allemands diffèrent en ceci : les uns veulent absolument laisser l'accouchement se terminer par les seules forces de la nature, les autres au contraire voudraient que l'on aidât par une *extraction lente* à la sortie du fœtus. Ainsi Behm et Wyder attendent l'expulsion spontanée, et croient ainsi éviter les hémorragies et la septicémie; le premier de ces auteurs pense que, soit par compression de la partie fœtale qui s'engage sur le lieu d'implantation du placenta, soit pour tout autre cause, les sinus sont comprimés, et ont le temps de s'oblitérer (p. 399).

Mais les résultats pour les enfants ne sont pas bons, c'est pour cela que Hofmeier, Nordmann, etc., veulent intervenir au moment de l'expulsion du fœtus pour hâter son dégagement.

Pour Lomer (p. 1252) la question n'est pas tranchée, il croit que les enfants auraient plus de chances de survie si on laissait l'expulsion se terminer par les forces seules de la nature.

Quant à nous, étant donné les dangers que font courir les déchirures du col, trop fréquentes durant l'extraction, étant donnée la conduite à tenir dans l'accouchement par le siège, nous recommanderions en règle générale la non-intervention systématique, faisant des réserves pour certains cas spéciaux, trop complexes pour être précisés,

où l'intervention devrait être absolument conforme aux règles données par Braxton Hicks.

Enfin dans tous les cas où la mort de l'enfant serait constatée d'une façon certaine avant ou après l'exécution de la version combinée, nous laisserions toujours l'expulsion se faire spontanément.

*Résumé des statistiques des cas où l'on a pratiqué la version combinée.*

	Mères			Enfants		
	Nombre des cas	Décès	Pourcentage	Nombre des cas	Décès	Pourcentage
Martin	29	12	41,4 0/0	«	«	», 0/0
Hofmeier	30	1	3,33 —	«	«	4, —
Behm	30	0	0, —	30	35	83,4 —
Lomér	101	7	7, —	101	51	50, —
Wyder	189	13	7,2 —	189	122	65, —
Negri	6	0	0, —	6	2	33, —
Obermann	48	1	2, —	31	13	42,5 —
	15	0	0, —	15	10	66,66 —
Nordmann	23	4	17,3 —	23	1	4,34 —
	6	1	16,66 —	5	5	100, —
Totaux :	477	39	8,17 —	400	239	59,75 —

Les cas s'élèvent à 477, il y a eu 39 décès, soit 8,17 pour 100; sur 400 enfants, 239 sont morts, soit 59,75 pour 100, mais on a négligé d'indiquer si l'enfant était vivant au moment de l'intervention, de sorte que ce chiffre est sûrement trop élevé.

*Avantages et inconvénients de la manœuvre de Braxton Hicks.* — La version combinée permet d'intervenir à un moment où aucune autre opération n'est possible, et cela a une grande importance si l'état de la femme est grave.

L'opération est généralement facile, puisque nous la voyons possible même dans les cas où la poche des eaux étant rompue, le liquide amniotique s'est écoulé.

En ramenant le siège sur le segment inférieur et en l'entraînant en bas, avec douceur, de manière à ce qu'il appuie légèrement à ce niveau, l'hémorrhagie s'arrête, soit parce que la région fœtale fait tampon, soit parce qu'elle écarte le placenta. De plus, le pied tiré ainsi à l'extérieur est d'une grande utilité pour terminer l'accouchement s'il y a lieu.

On a produit des déchirures du col, mais cela ne doit pas être imputé à la méthode, mais plutôt à l'opérateur, qui a voulu terminer trop rapidement l'accouchement, alors que Braxton Hicks recommande expressément la plus grande réserve à ce point de vue.

La mortalité des enfants est considérable ; cela est vrai, mais les autres méthodes ne sont guère plus favorables ; néanmoins on voit qu'entre les mains de certains accoucheurs, P. Negri, Hofmeier, Nordmann, la mortalité a été moins considérable que dans les cas de traitement par d'autres méthodes.

Elle présente enfin cet inconvénient d'obliger à mettre la femme dans la position obstétricale, et de la maintenir longtemps ainsi ; mais on peut la surveiller plus attentivement, et exercer immédiatement des tractions sur le pied, pour arrêter l'hémorrhagie, si elle se produisait.

En résumé, voici l'appréciation que nous croyons pouvoir formuler :

On a essayé d'ajouter et de retrancher à la manœuvre de Braxton Hicks, mais en réalité elle reste tout entière,



telle qu'elle avait été primitivement formulée il y a 27 ans par son promoteur.

Cette manœuvre a rendu et rendra encore de grands services, voilà pourquoi nous nous sommes efforcée de la faire mieux connaître dans l'espoir d'aider à sa vulgarisation.

#### 4. — MÉTHODE DE BARNES

R. Barnes, quoique employant divers procédés suivant les cas, conseille et pratique une méthode que nous allons étudier rapidement.

Se basant sur ce fait que le placenta est inséré à moins de 8 centimètres, il recommande d'introduire l'index, ou l'index et le médius si cela est nécessaire, et de décoller le placenta sur une certaine étendue ; il espère ainsi arrêter l'hémorrhagie et de plus hâter la dilatation du col.

Si on le peut on rompt les membranes, ce qui arrête souvent l'hémorrhagie. Il applique ensuite ses dilateurs (sacs violons) en commençant par le numéro le plus gros qu'il peut introduire jusqu'au numéro qui s'approche de la dilatation complète.

James Murphy a publié une statistique que voici : sur 16 cas, mortalité pour des mères 0 ; pour les enfants, 9 vivants, 7 morts, mortalité 43 pour 100.

Cette méthode s'est répandue en Angleterre et aux Etats-Unis, mais aucun travail d'ensemble n'ayant paru à ce sujet, nous sommes obligée de rester sur une réserve bien naturelle.

### 5. — MÉTHODE DE M. PINARD

1. — *But et effets de la rupture artificielle des membranes.* — La rupture des membranes est, avec l'accouchement forcé, l'une des plus anciennes méthodes qu'on ait employée contre les pertes de sang dues à l'insertion vicieuse du placenta.

Puzos, après Mauriceau, l'a conseillée avec tant de conviction, il a montré avec une telle netteté comment il fallait l'opérer que le nom de *méthode de Puzos* est resté appliqué à la rupture des membranes.

Mais c'est là une erreur qui se continue depuis plus d'un siècle, et contre laquelle M. le professeur Pinard s'élève avec raison. D'ailleurs M. Guéniot, dans ses leçons cliniques (p. 9) s'élève déjà contre cette fausse appellation : cette méthode, dit-il, « ne consiste pas seulement, comme on le répète trop souvent, dans la rupture artificielle des membranes, mais encore dans deux éléments tout-à-fait essentiels, sans lesquels elle resterait impuissante, je veux dire : l'existence d'un travail bien accentué et la présentation du fœtus par l'une de ses extrémités, céphalique ou pelvienne. Cette pratique, en définitive, n'est autre que l'accouchement provoqué ; et l'on ne saurait refuser à Puzos le mérite d'avoir préconisé, le premier, une méthode dont plusieurs contemporains se sont disputé l'invention. »

Donc pour le chirurgien de la Maternité, Puzos pratiquait l'*accouchement provoqué* ; M. le professeur Pinard

donne à la méthode de Puzos le nom d'*accouchement accélééré*.

Quoi qu'il en soit, cette méthode était tombée dans l'oubli, et pendant ces dernières années c'est surtout au tampon qu'on avait recours, en France, et à la version bipolaire, à l'étranger.

La raison en est qu'on ne savait pas comment agit la rupture des membranes, et ceux-là qui employaient par hasard la méthode soi-disant de Puzos ignoraient le mécanisme suivant lequel l'hémorrhagie se produit.

C'est après avoir observé l'absence d'hémorrhagie, lorsque les membranes s'étaient rompues prématurément, ou l'arrêt de l'hémorrhagie après la rupture spontanée des membranes, que M. le professeur Pinard a été conduit à ériger en méthode la rupture artificielle des membranes comme traitement à opposer à l'hémorrhagie liée à l'insertion vicieuse du placenta.

Il y a, en effet, une grande différence entre ces deux méthodes qu'on pourrait confondre au premier abord; nous ne reviendrons pas sur la méthode de Puzos, ce que nous avons dit suffit; nous allons voir en quoi consiste la méthode de M. le professeur Pinard.

Puisque ce sont les tiraillements des membranes de l'œuf, formule M. Pinard, qui produisent l'hémorrhagie à la fin de la grossesse, l'indication est précise: dès qu'une femme a eu une ou plusieurs hémorrhagies, dès que le diagnostic d'insertion vicieuse est fait, dès qu'on voit que la situation peut devenir grave, *il faut rompre largement les membranes* dans la plus grande étendue possible.

C'est parce qu'on n'a pas compris l'importance de cette manière d'opérer qu'on a pu confondre la méthode de M. Pinard avec celle de Puzos ; en effet, dès que les membranes sont largement rompues la région foetale ne peut plus appuyer sur les membranes, de là, suppression de ces tiraillements dangereux dont l'unique rôle consiste dans le décollement du placenta, en un mot plus de tiraillement, plus d'hémorrhagie.

M. Pinard est très affirmatif quant au résultat qu'on obtient par la déchirure étendue des membranes. Nous ne croyons pas faire mieux que de reproduire les paroles mêmes de notre maître (leçon du 16 juin 1899) : « Je suis très affirmatif, et je n'ignore pas que j'assume une lourde responsabilité, mais depuis que j'emploie ce procédé, c'est-à-dire depuis cinq ans je n'ai jamais vu une femme mourir d'hémorrhagie. »

Par conséquent, disons-le nettement une dernière fois, pour ne plus y revenir : toutes les fois que nous écrirons rupture artificielle des membranes, etc., cela voudra dire, suivant la méthode de M. le professeur Pinard, et n'aura aucun rapport même éloigné avec la méthode de Puzos.

Comment faut-il s'y prendre pour rompre largement les membranes ? Introduisant un ou deux doigts dans le vagin et au besoin la main entière, on se dirigera vers l'orifice cervical. Une fois un ou deux doigts introduits jusqu'au niveau de l'orifice interne, pourra-t-on dans tous les cas arriver sur les membranes, en un mot, seront-elles toujours accessibles au doigt ? Ira-t-on au hasard et à l'aveugle pour déchirer largement les membranes ? Il faudra bien s'en garder ; on aura eu le soin préalable-

ment de reconnaître par l'exploration directe l'état du segment inférieur, et de chercher le point précis où se fait l'insertion placentaire.

On peut parfois éprouver une certaine difficulté pour savoir de quel côté du segment inférieur ce trouve inséré le placenta, mais en explorant avec soin, l'un après l'autre, tous les culs-de-sac, on finit par reconnaître qu'au dessus de l'un d'eux la tête repose directement sur le tissu utérin et n'en est pas séparée comme dans les autres points par une masse molle, épaisse, le placenta. Par conséquent on dirigera le doigt du côté où se trouvent les membranes. Alors soit avec le doigt si cela est possible soit avec un perce-membrane, on les rompt, puis avec un ou deux doigts on les déchire largement.

Il est évident que si on avait affaire à une insertion centre pour centre (ce qui est absolument rare) ce procédé ne serait praticable qu'à la condition de décoller une portion plus ou moins étendue du placenta. Pour justifier notre manière de voir, ajoutons qu'il a toujours été possible d'arriver sur les membranes, ainsi qu'il ressort de nos observations, même dans les cas où une portion du placenta recouvrait l'orifice utérin.

La pénétration dans l'orifice utérin d'une primipare se fera presque aussi facilement que dans celui d'une multipare; nous étudierons plus loin, avec les objections, ce point qui a servi à attaquer la méthode de la rupture des membranes.

Il ne suffit pas de pouvoir dans tous les cas arriver sur les membranes et de les rompre, il faut encore que cette rupture soit suivie de l'arrêt de l'hémorrhagie.

Il est incontestable que fréquemment, dans l'insertion vicieuse du placenta, les femmes qui ont perdu les eaux, ne perdent pas de sang, ou ne perdent plus de sang lorsqu'elles viennent à perdre les eaux. Il est non moins incontestable qu'un certain nombre de femmes perdent ou continuent à perdre du sang, alors que les membranes sont rompues depuis plus ou moins longtemps; nous avons donc à examiner et à discuter les cas où les femmes perdent du sang, alors que les membranes sont rompues.

Deux facteurs interviennent pour empêcher l'arrêt de l'hémorrhagie dans ces conditions; la présentation du fœtus et une déchirure insuffisante des membranes.

Premièrement, si la présentation est transversale, et en un mot on a affaire à une présentation de l'épaule, il est bien certain que malgré la rupture des membranes, en raison même de la forme que prend la cavité utérine, le chorion ne continuera pas moins, dans la pluralité des cas à exercer des tiraillements qui décolleront le placenta. Ces faits dont nous rapportons plusieurs exemples s'observeront surtout lorsque la rupture des membranes se sera faite spontanément, ou lorsqu'on aura négligé d'ouvrir l'œuf, de le *déchirer largement*, sur la plus grande étendue possible; car ce n'est pas tant l'écoulement du liquide qui empêchera l'hémorrhagie de se produire, que l'impossibilité où se trouvera le chorion de pouvoir exercer des tractions sur le placenta; voilà pourquoi on pourra voir l'hémorrhagie se produire ou persister après l'écoulement du liquide amniotique, il faudra donc pour assurer l'hémostase:

1° Que le fœtus soit situé longitudinalement.

2° Que la déchirure des membranes soit suffisante.

Dans certains cas, on pourra en effet se trouver dans la nécessité, pour arrêter une hémorrhagie qui persiste après la rupture *spontanée* des membranes, d'introduire un ou deux doigts dans la cavité cervicale et d'agrandir l'orifice de rupture. Dans un cas observé par M. le Dr Bois-sard, l'hémorrhagie persistait malgré la rupture *spontanée* des membranes, et en introduisant un doigt dans la cavité cervicale il put trouver l'orifice de rupture; or, l'ouverture qui avait donné lieu à l'écoulement du liquide amniotique présentait seulement les dimensions d'une pièce de un franc, et les bords de cet orifice formés par les membranes étaient constamment tendus; on comprend comment dans ces conditions, malgré la rupture des membranes, le chorion tendu continuant à exercer des tractions sur le placenta, l'hémorrhagie persistait. Ce n'est qu'après avoir agrandi l'ouverture que l'hémorrhagie cessa.

Malgré la déchirure large des membranes l'hémorrhagie peut persister dans certains cas, ou plutôt se manifester au moment de l'accouchement par exemple. Le fait est incontestable, et nous ne pouvons pas le nier; mais, nous avons déjà dit que l'hémorrhagie par insertion vicieuse du placenta reconnaissait deux mécanismes, dont l'action se faisait sentir à des époques différentes, nous voulons dire la grossesse et le travail; la déchirure large et artificielle des membranes si efficace pour arrêter l'hémorrhagie de la grossesse, peut être impuissante à arrêter l'hémorrhagie qui se produit pendant le travail, puis-

que celle-ci reconnait pour cause le décollement du placenta par pression directe du fœtus. C'est pour empêcher ce décollement placentaire par la partie fœtale qui s'engage, que dans les cas où le fœtus a une situation transversale, où la tête n'est pas engagée, il faut à ce moment aller chercher un pied pour l'abaisser, en faisant la version par manœuvres combinées.

L'abaissement du pied, dans ce cas-là, aura moins pour effet d'agir comme tampon, ainsi qu'on le prétend généralement, que comme agent de traction qui permettra de terminer plus ou moins rapidement l'accouchement.

En outre, lorsque le fœtus vient par les pieds, en raison même de la *disposition cunéiforme* de la région fœtale, on empêchera le décollement du placenta, qui sera repoussé sur un côté pendant le mouvement de descente du fœtus au moment de son expulsion. On empêchera ainsi le placenta de devenir réellement provia, ce qui se produirait plus facilement, si le fœtus venait par l'extrémité céphalique.

En résumé, comme on voit par un certain nombre de nos observations, dans les cas de déchirure artificielle des membranes, qui ont été suivis d'abaissement d'un pied, on avait pour but ou de modifier l'attitude vicieuse du fœtus (modification qui n'a pu être obtenue par manœuvres externes), ou d'amener la région du fœtus, qui favorise au minimum l'entraînement du placenta que le fœtus rencontre sur son passage dans son mouvement de descente.

**2. Objections à cette méthode.**— Cette méthode, nous devons le dire, n'a pas été acceptée sans soulever un certain



nombre d'objections, que nous allons essayer de réfuter.

Deux objections principales ont été formulées :

1° La rupture artificielle des membranes est-elle toujours possible ?

2° La rupture artificielle des membranes est-elle toujours efficace ?

1° Il est certain que les difficultés rencontrées pour arriver jusque sur les membranes seront, en rapport, d'une part, avec l'âge de la grossesse et, d'autre part, avec l'état de primiparité et de multiparité. C'est parce que Puzos ne croyait pas pouvoir arriver d'emblée sur les membranes pendant la grossesse, alors que le travail n'est pas commencé, qu'il se livrait à une série de manipulations digitales, qui devaient rendre la cavité cervicale perméable. Puzos en un mot faisait naître les contractions utérines, préparait le travail, et lorsque celui-ci était suffisamment avancé, c'est alors seulement qu'il rompt les membranes.

Si l'on se rappelle que l'insertion vicieuse est beaucoup plus fréquente chez les multipares, que l'hémorrhagie véritablement sérieuse ne commence le plus souvent que dans les trois derniers mois de la grossesse, on comprend que lorsqu'on se trouvera dans ces conditions, il sera toujours possible d'arriver jusque sur les membranes.

En outre, nous ferons remarquer avec Mauriceau, Lefret, etc., que le col dans le placenta prævia est mou et extensible, alors surtout qu'il y a eu déjà hémorrhagie. Est-il possible toutefois que chez la primipare en particulier on ne puisse pas pénétrer dans la cavité cervicale ?

M. le professeur Pinard affirme ne pas avoir rencontré de cas semblables.

Pour être aussi complet que possible nous croyons devoir mentionner néanmoins les observations de Trask, Müller et Lomer.

Trask trouva dans 156 cas (p. 49 et 50) 39 fois le col complètement dilaté, 85 fois partiellement dilaté, mais dilatable, 28 fois en partie dilaté, mais dur et inextensible, 4 fois en partie dilaté.

Dans 531 cas, Müller (p. 205) a trouvé l'orifice utérin :

	Étroit et rigide	Peu entr'ouvert	Très entr'ouvert	Mou
Au 5 <sup>e</sup> mois	1 fois	—	1	—
6 <sup>e</sup> «	1 «	—	3	—
7 <sup>e</sup> «	6 «	5	9	3
8 <sup>e</sup> «	21 «	7	23	5
9 <sup>e</sup> «	8 «	10	9	3
A la fin de la grossesse	11 «	13	65	4
	48 «	37	110	15
			125	

En dehors de cette statistique on a trouvé : sur 83 cas le col étroit et rigide 31 fois, peu dilaté 4 fois, très dilaté 43 fois, et mou 5 fois, mais on n'indique pas l'époque de la grossesse.

Voici en centimètres et en millimètres le degré de dilatation de l'orifice utérin dans 238 cas :

Centim.	0,6	1	1,3	1,6	1,9	2	2,5	3	3,5	4	4,5	5	5,5	6	7	8
Au 5 <sup>e</sup> mois	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
6 <sup>e</sup> »	—	1	—	—	—	1	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—
7 <sup>e</sup> »	—	1	—	—	—	2	6	4	10	5	—	—	—	—	—	—
8 <sup>e</sup> »	—	—	1	—	1	5	5	10	14	8	—	2	2	1	—	—
9 <sup>e</sup> »	—	—	3	—	—	2	9	6	5	3	—	1	1	—	1	—
A la fin de la																
grossesse	3	1	1	—	—	9	18	21	47	15	3	4	1	—	—	2
Total	3	3	5	—	1	19	33	41	78	32	3	7	4	1	1	2

Si nous trouvons qu'une dilatation, qui permet d'introduire deux doigts, est suffisante pour faire l'accouchement artificiel ou pour une intervention d'un autre genre, nous voyons d'après le tableau ci-dessus que sur 238 cas on a trouvé 169 fois l'orifice utérin suffisamment dilaté. Si nous additionnons ces 169 cas aux 179 cas dans lesquels nous avons trouvé ci-dessus l'orifice utérin largement ouvert, extensible et mou, nous aurons sur 531 cas 342 fois l'orifice utérin suffisamment dilaté pour les différentes interventions, ce qui fait 64,5 pour 100.

Lomer (p. 1251), sur 101 cas, a constaté 14 fois la dilatation complète ou presque complète; 51 fois, elle était suffisante pour permettre l'introduction de deux doigts; 13 fois pour permettre l'introduction d'un doigt. Dans 23 cas il n'y a pas de renseignements à ce sujet. Par conséquent dans tous les cas où l'état du col était indiqué, c'est-à-dire dans 78 cas sur 101, on aurait pu rompre les membranes.

Ces derniers chiffres sont absolument d'accord avec ce que M. Pinard a constaté. Notre maître affirme que dans l'immense majorité des cas, pour ne pas dire toujours, on

peut arriver avec un doigt introduit dans la cavité cervicale jusque sur les membranes ; dans quelques cas seulement on sera obligé d'introduire toute la main dans le vagin.

2<sup>o</sup> La rupture artificielle des membranes est-elle toujours efficace ? Telle est l'autre objection qu'on a fait à cette méthode. Après ce que nous avons écrit (p. 58) il nous suffira d'ajouter quelques mots.

Non, elle n'est pas toujours efficace, et nous en avons donné les raisons ; il nous faut donc établir nettement les choses.

On a souvent constaté la continuation de l'hémorrhagie dans les cas où la présentation n'était pas longitudinale, ou bien alors que la déchirure des membranes était insuffisante, nous avons dit ce qu'il fallait faire, nous n'y revenons pas.

On a constaté que, au moment de l'expulsion du fœtus, l'hémorrhagie avait lieu, mais la faute en est-elle à la méthode ? C'est, nous le répétons, la tête qui repousse devant elle le placenta, il ne s'agit donc plus de tiraillements des membranes, et la rupture des membranes n'a ici aucune action. Cette objection n'a pas la moindre valeur, car il ne faut pas demander à une méthode plus qu'elle ne peut et qu'elle n'a la prétention de donner.

On pourrait de plus reprocher à cette méthode de faire accoucher les femmes avant terme, c'est-à-dire de sacrifier la vie de l'enfant pour sauver l'existence de la mère, mais il ne faut pas oublier que dans le cas d'insertion vicieuse les deux tiers des enfants succombent. D'ailleurs c'est un reproche qui est également applicable au tamponnement et à la plupart des autres méthodes.

Nous ne nous attarderons pas plus longtemps à réfuter les autres objections élevées contre cette méthode, à savoir qu'on peut produire une présentation vicieuse, qu'on ralentit les contractions, enfin que la femme est exposée aux phénomènes de putréfaction, quand le fœtus vient à succomber.

3. — *De la conduite à tenir.* — Voici, d'après l'enseignement de notre maître, M. le professeur Pinard, la meilleure ligne de conduite à suivre dans le cas d'hémorrhagie due à l'insertion vicieuse du placenta.

Trois cas peuvent se présenter :

L'hémorrhagie se produit pendant la grossesse, pendant le travail, ou pendant la période de la délivrance.

Comme le travail diffère pour chacun de ces cas nous allons les étudier en trois paragraphes distincts.

I. — *Hémorrhagie pendant la grossesse.*

Si on est appelé auprès d'une femme enceinte qui perd du sang, négligeant de tenir compte de l'âge de la grossesse et de l'intensité de l'hémorrhagie, après avoir établi le diagnostic d'insertion vicieuse du placenta, il importe de faire immédiatement le *diagnostic de la présentation*. Si la présentation est longitudinale, c'est déjà une condition avantageuse ; si c'est le tronc qui se trouve placé au détroit supérieur il faut transformer la présentation transversale en présentation longitudinale.

Il faut d'abord essayer de faire la version par manœuvres externes. On attribue à Wigand l'emploi de cette méthode dans le placenta prævia ; Ritgen aurait lui aussi préconisé ce mode de traitement.

M. Auvard (p. 109), auquel nous empruntons ces renseignements, ajoute : « A M. Pinard revient l'honneur d'avoir posé nettement l'indication de la version par manœuvres externes dans l'insertion vicieuse du placenta et d'avoir introduit cette méthode dans la pratique »

M. le professeur Pinard ramène, suivant que cela est possible ou que le cas l'exige, l'extrémité céphalique ou l'extrémité pelvienne au détroit supérieur.

M. Auvard a réuni 9 observations dont 5 dues à M. Pinard, les autres à différents auteurs ; toutes les mères ont guéri, 5 enfants étaient vivants et sur les 4 morts, deux, ayant subi la basiotripsie, ne doivent pas être comptés. Donc mortalité : pour les mères 0 pour 100 ; pour les enfants 28 pour 100.

Vaut-il mieux ramener la tête ou le siège ?

Il est impossible de résoudre cette question sans avoir pratiqué le toucher : si le doigt constate que le segment inférieur de l'utérus n'est pas rempli en entier par le placenta, ce qu'on reconnaît à ceci, que le doigt sent la région fœtale à travers une portion du segment inférieur ; si la femme n'est pas trop grasse ; si l'insertion est latérale, il faut ramener la tête en bas. Mais si le placenta a envahi une plus grande étendue du segment inférieur, si la femme est grasse, si on ne peut agir sur la tête, il vaut mieux ramener le siège.

Dès que la présentation est devenue longitudinale, ou si on la trouve telle, il faut faire une injection d'eau chaude, pour nettoyer le vagin, et pour se rendre compte de l'état du col.

Ici il faut considérer deux cas :

1°. *L'hémorrhagie est légère* et l'état de la femme est bon. Dans ce cas des injections d'eau chaude antiseptique réussiront, et on peut s'en contenter, car un certain nombre de fois l'hémorrhagie ne se reproduira pas du moins jusqu'au moment de l'accouchement. Les injections d'eau chaude auront pour résultat de faire contracter les fibres utérines sur lesquelles se trouvait insérée la portion décollée du placenta. De plus, il faut tenir la femme en observation, parce que si les injections d'eau chaude ont suffi pour le moment à arrêter l'hémorrhagie, elles n'empêcheront pas le décollement ultérieur du placenta au moment du travail.

2°. *L'hémorrhagie est grave.* — Ce qui veut dire que par sa quantité, par sa persistance, par sa répétition, elle met la femme en danger, en un mot l'état général est grave. De deux choses l'une, ou l'hémorrhagie est arrêtée ou l'hémorrhagie persiste ; dans l'une ou dans l'autre de ces conditions il faut comme précédemment obtenir une présentation longitudinale (si elle n'existe pas déjà) faire une injection d'eau chaude pour débarrasser le vagin des caillots qu'il contient et pratiquer ensuite un examen minutieux. Le col n'est pas effacé, il est seulement perméable, on se gardera bien de pratiquer le tamponnement (voir p. 69 l'opinion de M. Pinard à ce sujet). Ensuite, introduisant toute la main dans le vagin, on traversera le canal cervical avec un ou deux doigts pour aller *déchirer largement* les membranes (voir p. 95 la différence qu'il y a entre la rupture et la déchirure des membranes). Grâce à cette large déchirure le fœtus n'exercera plus de tiraillements sur les membranes, et *l'hémorrhagie cessera.*

De même que dans le cas précédent on surveillera attentivement la femme, car si la déchirure arrête forcément l'hémorrhagie pendant la grossesse, une nouvelle perte de sang pourra se produire au moment du travail.

## II. — *Hémorrhagie pendant le travail.*

Les mêmes questions générales s'imposent. On considérera l'état général de la femme, on établira le diagnostic de la présentation, on transformera la présentation transversale (si elle existe) en présentation longitudinale, s'il le faut on ramènera le siège en bas, sinon on abaissera la tête, ce qui est préférable pour le fœtus, car il court ainsi moins de danger.

Si c'est le siège qui s'engage, M. Pinard insiste vivement pour qu'on aille chercher les pieds; suivant l'état du col on abaissera un ou deux pieds qui écarteront latéralement le placenta.

Si l'on avait affaire à une insertion centrale, on décollerait le placenta et on irait à la recherche des membranes par le chemin le plus court. M. Pinard repousse la perforation du placenta, soit pour ouvrir l'œuf, soit pour aller à la recherche des pieds; il se rallie à la méthode de Paul Dubois.

Si c'est la tête qui s'engage, il pourra être nécessaire d'intervenir, pour terminer l'accouchement par une application de forceps. M. Pinard conseille d'être très sobre de toute intervention. Lorsqu'on sera dans l'obligation d'appliquer le forceps il faudra être bien assuré que la dilatation est complète; quand il s'agira d'une présenta-



tion du siège, il ne faudra pas tirer sur les membres inférieurs, car dans l'insertion vicieuse, le col de l'utérus est souvent le siège de lésions qui peuvent augmenter à la suite de tractions, de là des déchirures qui sont autant de portes ouvertes à l'infection ou à l'hémorrhagie.

Il faut donc attendre autant que possible l'expulsion spontanée du fœtus, surtout si le fœtus est mort.

### III. — *Hémorrhagie pendant la délivrance.*

Après l'expulsion du fœtus le rôle de l'accoucheur n'est pas terminé. La femme, en effet, est bien plus exposée au danger qu'avant; au lieu de prendre son pouls et de mettre la main sur l'utérus, comme on le fait dans tous les cas normaux, il faut agir pour solliciter la contraction utérine; de plus, il faut employer le meilleur des hémostatiques, c'est-à-dire l'eau chaude à 48°, bien que la femme ne perde pas de sang, il faut faire des injections intra-utérines d'eau chaude.

Si une hémorrhagie se montrait, on pénétrerait avec la main dans la cavité utérine, et on ira décoller le placenta, puis on fera de nouveau des injections intra-utérines d'eau chaude; on laissera la main dans l'utérus jusqu'à ce qu'elle soit, pour ainsi dire, chassée par les contractions; on continuera enfin des injections jusqu'à ce que l'eau sorte aussi claire qu'à son entrée.

M. Pinard en terminant ses leçons insistait sur ce fait, qu'on n'intervient jamais assez tôt, on espère toujours que l'hémorrhagie s'arrêtera toute seule, c'est un leurre; il ne faut pas attendre que l'état général de la femme,

soit devenu alarmant, il faut intervenir quand elle a encore des forces pour résister.

#### OBSERVATION I

Insertion du placenta sur le segment inférieur. Hémorrhagie au début du travail. Rupture artificielle de la poche des eaux à la dilatation complète (Observation prise par M. Boissard, interne du service).

La nommée Jeanne C....., âgée de 26 ans, domestique, est entrée le 5 novembre, salle Sainte-Anne, placée au lit n° 24. Elle est primipare et paraît enceinte seulement de 8 mois. Pas d'accidents durant sa grossesse.

Le 4 novembre, vers le soir, elle a été prise des premières douleurs. Elle entre dans le service le 5 à 9 heures du soir.

On constate à ce moment une présentation en O. I. G. A. La dilatation étant complète et les membranes résistantes on rompt la poche des eaux, d'autant plus que la malade a une hémorrhagie assez abondante.

L'accouchement se termine spontanément à 10 heures du soir. L'enfant est vivant, non à terme, du poids de 2300 grammes.

La délivrance est naturelle à 10 h. 1/4, mais les membranes présentent la disposition suivante : la rupture s'est faite au pourtour de la circonférence placentaire, si bien que les membranes présentent une longueur de 42 centimètres d'un côté et 0 de l'autre.

Cette observation est intéressante en ce qu'elle nous montre un accouchement prématuré chez une femme dont le placenta était inséré sur le segment inférieur. Les membranes étaient si résistantes qu'il n'y a point eu de

rupture prématurée de la poche des eaux, comme on l'observe ordinairement dans ces cas-là. Mais justement en raison de la résistance de ces membranes, il s'est produit au début du travail une hémorrhagie à laquelle on a mis un terme en perforant la poche des eaux.

## OBSERVATION II

Insertion vicieuse du placenta. Hémorrhagie grave. Rupture artificielle des membranes avant tout début de travail. Arrêt de l'hémorrhagie. Accouchement spontané. (Observation due à l'obligeance de M. le Dr Boissard, chef de Clinique).

Le 12 juin 1886, on apporte à la clinique d'accouchements, rue d'Assas, la nommée P...., qui perd du sang en abondance; cette femme est enceinte pour la quatrième fois, et a eu ses dernières règles le 10 septembre; il y a 10 jours, cette femme avait été prise d'une première hémorrhagie assez grave, mais pour laquelle elle ne se présenta pas néanmoins à l'hôpital; perdant du sang de nouveau et en abondance aujourd'hui, elle se fait transporter à la clinique.

*Examen.* — Enfant vivant, se présentant par le sommet en O.I. D.T., tête mobile au niveau du détroit supérieur; pas de contractions douloureuses; par le toucher on arrive sur le col encore long; l'orifice du col est perméable; on arrive sur les membranes et sur une portion des cotylédons; on sent de ce côté à travers le trou utérin un grossissement considérable du segment inférieur; malgré des injections chaudes, l'hémorrhagie continue.

Après avoir ouvert les membranes avec un perce membranes, on les déchire largement avec les doigts; la tête qui a glissé dans la fosse iliaque gauche est ramenée au niveau du détroit supé-

rieur, et maintenue dans cette position au moyen d'une ceinture. Dès que les membranes ont été déchirées, l'hémorrhagie s'arrête pour ne plus se reproduire.

Les premières douleurs apparaissent deux heures après la déchirure des membranes et cinq heures après la dilatation est complète ; l'expulsion se fait rapidement et spontanément une heure après la dilatation complète ; enfant vivant, du sexe masculin, du poids de 3230 grammes. La délivrance spontanée fut faite 3/4 d'heure après l'expulsion du fœtus sans hémorrhagie ; le placenta a présenté un de ses bords ; membranes complètes 0/27.

Suites de couches physiologiques.

### OBSERVATION III

Insertion vicieuse du placenta. Rupture spontanée et prématurée des membranes. Hémorrhagie pendant le travail (Observation personnelle).

Le 23 mars 1890. — On apporte sur un brancard à la clinique Baudelocque, service de M. le professeur Pinard, la nommée G..., perdant une grande quantité de sang.

Cette femme est déjà accouchée 8 fois spontanément à terme d'enfants vivants, se présentant par le sommet.

Enceinte pour la neuvième fois, elle a eu ses règles pour la dernière fois le 20 juin 1889 ; les premiers mois de cette grossesse n'ont rien présenté de particulier ou d'anormal jusqu'à il y a environ 4 semaines ; à cette époque, c'est-à-dire au huitième mois de sa grossesse, cette femme a eu une première perte de sang assez considérable pendant près de 2 heures ; sous l'influence du repos, cette hémorrhagie s'arrêta, mais le 22 mars à 3 heures du soir, sans cause appréciable, une nouvelle perte se produisit ; effrayée, la femme se couche et fait appeler une sage-

femme, qui en face de cet accident ne crut pas devoir accepter la responsabilité de cet accouchement, et lui conseille de se faire transporter à la clinique Baudelocque; la femme attend cependant encore, et reste chez elle jusqu'au 23 mars, mais comme l'hémorrhagie est toujours abondante, elle se décide à se faire transporter à la clinique, où elle arrive à 4 heures du soir.

A son arrivée, on constate que cette femme déjà pâle a dû perdre une grande quantité de sang, son linge est du reste inondé de sang.

Le palper ne fournit que des renseignements incertains, en raison de la tension permanente de l'utérus, qui paraît vide d'eau. L'auscultation permet d'entendre des bruits du cœur fœtal au-dessous de l'ombilic à droite de la ligne blanche; ces bruits sont faibles et ralentis.

En pratiquant le toucher, on trouve dans le canal vaginal une grande quantité de caillots qui sont entraînés au moyen d'une grande injection chaude (solution de bi-iodure à 1/4000); on constate alors que le col est complètement effacé, et que la dilatation du col est grande comme une pièce de 5 francs; on arrive sur l'extrémité céphalique qui n'est pas très fléchie, car on sent la fontanelle antérieure qui est à gauche et en arrière; les membranes sont rompues, car on arrive directement sur le cuir chevelu, en outre on sent à gauche et en arrière le bord du placenta qui tend à être poussé en même temps que la tête.

Comme la femme continue à perdre un peu de sang, on renouvelle les injections chaudes; les contractions utérines sont fréquentes et énergiques, si bien, qu'à 4 heures 1/2 la femme accouche spontanément d'un enfant vivant du poids de 3890 grammes; 33 minutes après l'expulsion du fœtus, on constate que le placenta commence à s'engager et se présente par un de ses bords; l'hémorrhagie se produit alors à ce moment; l'insertion du cordon est à droite et en haut; on ne peut exercer des tractions sur lui, car il semble devoir se rompre facilement si on

insiste un peu ; en combinant alors l'expression utérine avec les tractions sur le cordon on assiste à la sortie naturelle du placenta qui pèse 500 grammes ; les membranes sont complètes et mesurent 57 centimètres sur 0, c'est-à-dire que la rupture des membranes s'est faite juste au bord du placenta, dont une partie décollée était entraînée par le mouvement de descente de la tête, ce qui explique la persistance d'un léger écoulement sanguin pendant la durée du travail ; le cordon mesure 69 centimètres, et présente une insertion en raquette.

Après la délivrance, terminée 45 minutes après l'expulsion du fœtus, on fait une injection chaude intra-utérine ; l'utérus est bien rétracté et toute hémorrhagie cesse.

La femme est réchauffée, on lui fait prendre des grogs et du café.

*Suites de couches.* — Le 25 mars, au matin, la femme est prise d'un petit frisson durant 1 ou 2 minutes, le pouls est à 100, la température  $38^{\circ},4$  ; on fait une injection intra-utérine au naphthol.  
26 mars. — Même état, pas de nouveau frisson ; le matin la température est de  $38^{\circ},6$ , pas de sensibilité dans le ventre ; on refait une injection intra-utérine.

Le soir  $39^{\circ}$ , injection intra-utérine, sensibilité au niveau de la corne utérine gauche.

27 mars. — La malade va mieux, température  $37^{\circ},8$ .

28 mars. — Diarrhée assez abondante ; pouls 104, température  $38^{\circ},6$ .

29 mars. — La malade va bien ce matin, pouls à 96 ; on continue les injections au naphthol ; à 5 heures, frisson, température  $40^{\circ},5$ .

30 mars. — Température  $38^{\circ},4$ , la malade va tout-à-fait bien.

Dans les jours qui suivent la température oscille entre  $37^{\circ}$  et  $37^{\circ},6$ , les forces reviennent et les téguments se colorent un peu.

Sortie le 20 avril en bon état avec son enfant.

OBSERVATION IV

Insertion vicieuse du placenta. Hémorrhagie. Procidence du cordon. Délivrance artificielle. (Observation personnelle).

Geneviève C..., 26 ans, lingère.

*Antécédents héréditaires.* — Père mort de tuberculose; mère vivante.

*Antécédents personnels.* — Elle a commencé à marcher à un an et a toujours bien marché. On ne note pas de maladies graves d'enfance, sinon une fièvre typhoïde à l'âge de 9 ans qui a duré deux mois. Réglée à 18 ans, elle perd régulièrement pendant quatre ou cinq jours.

Elle était toujours sujette à des rhumes l'hiver et se sentait faible elle éprouvait en même temps des palpitations et des étourdissements. Ces dernières règles datent du 27 juillet 1889.

Pendant les premiers quatre mois a eu quelques vomissements. Elle a senti les mouvements actifs du fœtus à 4 mois 1/2. A 5 mois elle fut prise d'une hémorrhagie. Cette hémorrhagie survint le 17 janvier dans les conditions suivantes : la malade fut réveillée à une heure du matin par les mouvements du fœtus; quelques instants après, elle se sentit mouillée, et l'hémorrhagie ne s'est arrêtée qu'à 11 heures du matin.

A 7 mois et demie, c'est-à-dire le 9 avril, une autre hémorrhagie qui se comporta de la même façon que la précédente, mais elle était plus abondante et continue pendant trois jours, après quoi la femme se décida d'entrer à la Maternité.

*État actuel.* — La malade est de petite taille, pâle et affaiblie. Elle ne présente rien de particulier, ni du côté du squelette ni du

côté des autres organes, si ce n'est un peu d'œdème sus-pubien. Elle est enceinte de 8 mois.

Elle entre pour une hémorrhagie qui continue jusqu'à deux heures.

*Palpation.* — On constate une présentation de l'épaule et un fœtus vivant. M. Boissard fait, séance tenante, une version par manœuvres externes en ramenant la tête en bas.

*Au toucher.* — On trouve une dilatation un peu plus grande qu'une pièce de un franc.

Le 13 avril. — A une heure du matin survient une hémorrhagie très abondante qui cesse après deux injections chaudes successives. La parturiente éprouve en même temps quelques contractions utérines douloureuses, et on la transporte avec toutes les précautions nécessaires à la salle du travail. La femme continuant à perdre du sang, on se propose d'intervenir par la rupture des membranes, mais le doigt introduit dans le vagin jusqu'au col utérin constate que les membranes viennent de se rompre spontanément, et que la dilatation est la même, c'est-à-dire un peu plus grande qu'un franc.

De plus il y a une procidence du cordon. Ce dernier est privé des pulsations, toutefois il semble que l'on perçoit encore quelques battements du cœur par l'auscultation, ainsi que des mouvements convulsifs qui cessent bientôt. On tente de réduire le cordon, on y parvient, malgré le peu d'engagement de la tête, après des efforts répétés. L'auscultation ne révèle plus de pulsations fœtales.

Depuis la rupture des membranes l'hémorrhagie s'est arrêtée. Le travail marche régulièrement, car à 2 h. 45 la dilatation est grande comme une paume de main. L'expulsion spontanée d'un fœtus mort a lieu à 5 h. 55. Poids du fœtus, 2280 grammes.

Environ 1 heure après la femme perd du sang, non pas abondamment, mais d'une façon continue. Le placenta est à peine engagé et se présente par le bord. En exerçant quelques tractions



on sent que le placenta remonte, on se propose alors de pratiquer la délivrance artificielle. En introduisant la main dans l'utérus on constate que le placenta est adhérent dans une assez grande étendue sur le côté droit de l'utérus. On décolle lentement et progressivement cette partie adhérente et on parvient à retirer le placenta presque complet, il semble toutefois que quelques portions déchiquetées des cotyledons manquent.

Quantité du sang, 1000 grammes.

Après la délivrance la femme se trouve mal et a eu un vomissement. On administre des grogs et du champagne glacé.

Le 26 avril. — Vers 2 heures du soir la malade a ressenti un engourdissement de la jambe gauche. On constate un œdème considérable de la même jambe. Cet œdème survint tout à coup, et ce n'est que vers 9 heures du soir que le malade commença à se plaindre des élancements dans le mollet qui furent calmés par une injection de morphine.

La jambe est mise dans une gouttière et placée dans une position élevée. Compresses de chlorhydrate d'ammoniaque en permanence. Elle quitte l'hôpital en bon état 15 jours après.

#### OBSERVATION V

Insertion vicieuse du placenta. Hémorrhagie pendant la grossesse et le travail (Observation personnelle).

La nommée L. . . . , 26 ans, entre à la Maternité Baudelocque au mois de mars 1890.

**Antécédents héréditaires.** — Père bien portant. Mère morte à 38 ans d'un cancer utérin. 3 frères en bonne santé.

**Antécédents personnels.** — Elle ne sait pas à quel âge elle a commencé à marcher; depuis, elle a toujours bien marché. Réglée à 12 ans, elle perd régulièrement 2 ou 3 jours tous les mois.

M<sup>lle</sup> Dylion

*Antécédents pathologiques.* — Rougeole et variole dans son enfance. A 18 ans, pleurésie droite ; une ponction donna issue à un liquide clair. Le traitement dura 9 mois.

Première grossesse à 32 ans. Accouchement spontané par le sommet d'un garçon vivant qui fut nourri par sa mère au sein. Délivrance artificielle.

Deuxième grossesse à 34 ans. Accouchement spontané à terme d'une fille vivante, qui fut de même nourrie par sa mère au sein.

Troisième grossesse (*actuelle*). La femme est enceinte de 7 mois 1/2, les dernières règles datent du 3 août 1889. Apparition des mouvements actifs du fœtus le 15 novembre 1889.

*Accidents et complications.* — Première hémorrhagie très abondante le 15 février sans cause déterminée. Une deuxième hémorrhagie plus abondante le 17 février.

On ordonne en ville à la malade le repos au lit et des compresses glacées sur le ventre et la vulve. La malade quitte le lit le 2 mars. Il survient une troisième hémorrhagie le 21 mars, moins abondante que les deux antérieures, mais elle continue sous forme d'un écoulement simple jusqu'à l'entrée de la malade à l'hôpital.

*Examen de la femme.* — Son état général ne présente rien de particulier. L'examen obstétrical démontre des seins normalement développés, le ventre sans vergetures, l'utérus incliné à droite. Présentation du siège, qui n'est pas engagé, et arrive à 3 travers de doigt au-dessus du pubis. Le bassin est normal, et le foyer des battements se trouve à droite de l'ombilic.

Elle entre à la salle du travail à 11 heures du matin le 25 mars 1890.

A 2 heures du soir, la parturiente expulse quelques caillots.

Une injection très chaude arrête l'hémorrhagie. A ce moment, on trouve un fœtus vivant en présentation du sommet; tête très élevée au dessus du détroit supérieur, repoussée par le placenta inséré

sur le segment inférieur. Nouvelle hémorrhagie, peu abondante à 4 heures.

Les contractions utérines sont indolores et très espacées.

A 5 heures du soir la femme fut prise d'une hémorrhagie formidable. Aussitôt M. Potocki introduit la main dans le vagin qu'il trouve rempli de caillots, et va à la recherche du col utérin. Celui-ci a 4 centimètres de longueur et ne laisse passer jusqu'à l'orifice interne que l'index. Le doigt rencontre au niveau de l'orifice interne des cotylédons placentaires. L'hémorrhagie continue. M. Potocki parvient à dilater le col, ce qui lui permet d'introduire deux doigts, mais comme il ne sent en aucun point des membranes, il passe à travers le placenta, et arrive sur le chorion de la face fœtale du placenta, mais il lui est impossible de perforer ce chorion trop résistant. Dans ces manœuvres les doigts ne rencontrent aucune partie fœtale, c'est seulement en abaissant le pôle fœtal inférieur qu'on arrive à reconnaître le sommet et une suture.

M. Potocki retire la main et fait une injection vaginale très chaude; mais le sang continue à couler. Il introduit alors une main droite et arrive à gauche de l'orifice interne sur les membranes qu'il perfore assez facilement; l'index et le médius sont dans le canal cervical. Les membranes rompues, le cordon qui bat très faiblement tombe sur les doigts; au-dessus de lui se trouve la tête très élevée. Il est impossible de trouver un pied. Par manœuvres externes, on abaisse le siège, et un pied s'offre aux doigts qui le saisissent. Le pied dérape au moment où il doit traverser l'orifice interne, il dérape encore une fois au moment où il va sortir du col. On finit par l'amener à la vulve, et on pose un lacs sur lui.

La tête est remontée au fond de l'utérus. Il ne s'écoule plus une goutte de sang. Les contractions utérines deviennent fréquentes et douloureuses. On tire légèrement sur le pied qui est à la vulve, de temps en temps. A 11 heures la dilatation est assez grande, et

le siège est à l'orifice externe. L'état de la femme est mauvais; elle a des nausées et des tendances à la syncope.

M. Potocki procède alors à l'extraction du siège. L'enfant est mort depuis quelques heures, la femme est très affaiblie. Injection très chaude. Un cotylédon placentaire apparaît à la vulve. Jusqu'à une heure du matin *statu quo*, pas d'hémorrhagie, contractions utérines très douloureuses. La femme est très fatiguée, le pouls est petit et fréquent, 132 pulsations par minute. A ce moment petite hémorrhagie.

M. Potocki se décide à extraire le placenta, qui est en grande partie descendu dans le vagin. Le placenta sort en entier, accompagné des membranes également complètes. On enlève des caillots anciens et indurés qui lapissent à droite le segment inférieur.

Injection intra-utérine très chaude au bi-iodure.

Depuis ce moment, il ne s'écoule pas de sang. Le placenta se présentait par le bord et la face utérine à une heure un quart du matin le 25 mars 1890. Il a une forme circulaire et pèse 450 grammes. Il est déchiqueté au niveau du bord qui avoisinait l'orifice interne. Un cotylédon est détaché et pend comme un battant de cloche. On trouve des caillots sur la face utérine du placenta dans la portion qui s'insérât sur le segment inférieur. Les membranes sont complètes et mesurent 0 sur 47 centimètres. L'insertion du cordon est presque centrale, il mesure 40 centimètres et présente un volume normal.

Les suites de couches sont normales, et la femme quitte la clinique le 8 avril en bon état.

L'enfant du sexe féminin pèse 2140 grammes, est mort.

OBSERVATION VI

Insertion vicieuse du placenta chez une multipare. Hémorrhagie à 8 mois 1/2. Rupture spontanée des membranes. Nouvelle hémorrhagie. Large déchirure des membranes. Nouvelle hémorrhagie pendant le travail par glissement du placenta. Abaissement d'un pied (Observation personnelle).

La nommée B... se présente le 18 mai à deux heures à la clinique Baudelocque.

Cette femme est déjà accouchée cinq fois spontanément et à terme d'enfants vivants, nés par le sommet, les accouchements et les suites de couches n'ont rien présenté de particulier.

Enceinte pour la sixième fois, cette femme a eu ses dernières règles le 8 août 1889. Jusqu'à il y a 15 jours, cette grossesse absolument normale lui a permis d'exercer sa profession de fleuriste.

A cette époque, c'est-à-dire il y a 15 jours cette femme perdit pour la première fois une quantité de sang assez notable, elle y fit peu d'attention, et après quelques heures de repos reprit son métier; l'écoulement sanguin persista néanmoins, mais fut peu considérable, quand il y a huit jours une nouvelle et abondante hémorrhagie se produisit de nouveau, la perte de sang est estimée par la femme à une demi-cuvette, malgré ce nouvel avertissement la femme ne crut pas devoir réclamer assistance. La perte de sang se renouvelant, la femme ne se présente à la clinique Baudelocque que le dimanche à trois heures, non pas pour l'hémorrhagie, mais parce que de 12 heures auparavant elle avait perdu une certaine quantité d'eau, il s'était fait très probablement une rupture spontanée des membranes, la femme extrêmement anémiée est emportée sur un brancard et placée dans un lit de la salle de

travail. Les téguments sont absolument pâles et décolorés. Pouls fréquent et petit. Respiration légèrement suspicieuse, tendances syncopales.

A un premier examen au toucher on constate que le col assez dilatable paraît avoir encore une certaine épaisseur, la dilatation est grande comme une pièce de 5 francs; on arrive que sur une masse des cotylédons qui sont décollés. Après ce premier examen il s'écoule une certaine quantité de sang. Par le palper le chef de clinique M. Boissard constate que le fœtus se présente par le siège, la tête est au fond de l'utérus et à gauche, le siège repose dans la fosse iliaque droite : variété décomplétée, mode des fesses.

L'enfant est vivant, le maximum des bruits du cœur est au niveau de l'ombilic et un peu à droite; les bruits du cœur sont réguliers et bien frappés. Le toucher digital ne permettant d'arriver sur aucune partie fœtale, ni sur aucune portion des membranes, M. Boissard pratique le toucher manuel pour s'assurer du lieu d'insertion du placenta; le segment inférieur de l'utérus du côté droit et le cul-de-sac latéral du même côté sont épais et occupés par une masse molle qui doit être la portion principale du placenta sur laquelle appuie le siège; pénétrant alors dans l'utérus, l'orifice du col ayant les dimensions de la paume de la main, M. Boissard cherche à atteindre les membranes en allant avec ses doigts à gauche et en avant; il arrive en effet assez facilement, après avoir repassé toute la portion des cotylédons décollés à l'union des membranes avec le rebord du placenta, bien plus il trouve l'orifice de rupture des membranes, dont les bords sont durs et tendus. L'orifice a les dimensions d'une pièce de 2 francs. Il est certain que la dimension de cet orifice qui est à gauche et au niveau du pubis ne permet pas l'écoulement d'une notable quantité de liquide amniotique. En outre la tension des bords de cet orifice montre que les membranes exercent encore une traction sur le placenta, dont le décolle-

ment a donné lieu à la dernière hémorrhagie. Pour éviter le retour d'une nouvelle perte de sang, la femme étant presque exsangue, il déchire les membranes sur une large étendue; la femme ne perd plus de sang; au bout d'une demi-heure les contractions devenant fortes et régulières, il se fait *à ce moment du travail*, une nouvelle hémorrhagie; par le toucher pratiqué alors on constate que la portion du placenta qui s'offre entière et décollée précède la région fœtale, c'est-à-dire le siège; ce pôle fœtal qui commence à s'engager et qui appuie justement sur le lieu d'insertion du placenta entraîne dans son mouvement de descente et continue de décoller la portion encore adhérente du placenta, c'est ce qui explique l'apparition d'hémorrhagie à ce moment. Pour empêcher le placenta d'être ainsi entraîné, M. Boissard introduit la main tout entière jusqu'au fond de l'utérus. La dilatation de l'orifice dilatable est grande comme la paume de la main. Le pied droit est saisi et amené à la vulve, les bruits du cœur du fœtus ne s'entendent plus que faiblement. Comme la dilatation du col est insuffisante pour permettre sans effraction le passage de ce fœtus volumineux, il ne procède à son extraction qu'au bout d'une demi-heure.

L'extraction est assez rapide et facile; le fœtus, du poids de 3.230, ne donne aucun signe de vie et ne peut être ranimé. La délivrance se fait spontanément au bout de 20 minutes. Le placenta se présente par un de ses bords et une partie de la face utérine. Il est en partie découronné par le fait de la déchirure des membranes, on jette un fil sur la portion des membranes restant dans l'utérus. La délivrance a lieu sans hémorrhagie et est suivie d'une injection intra-utérine chaude au naphthol.

La femme mise à plat sur son lit, les membres inférieurs relevés et réchauffés, on administre des grogs, du champagne, des piqûres d'éther.

*Suites de couches.* — 21 mai. — 7 heures du matin frisson. Lochies fétides. Délire, langue rôtie. Injection intra-utérine.

4 heures du soir. — On soumet la femme à l'irrigation continue jusqu'à minuit ; délire constant, agitation. On fait cesser les irrigations.

22 mai. — 5 heures du matin irrigations continues ; la malade est un peu plus calme. Diarrhée, vomissements. Délire.

23. — On cesse l'irrigation continue vers 10 heures du soir, le délire disparaît complètement. On reprend l'irrigation continue à 6 heures du matin, la malade a quelques nausées, qui disparaissent dans la matinée. Dans la journée la malade est calme et repose.

24. — Irrigation continue depuis 6 heures du matin jusqu'à 1 heure du soir, et depuis 6 heures du soir jusqu'à 9 h. 1/2.

25. — Mort dans le collapsus.

A l'autopsie, on trouve un caillot dans l'artère pulmonaire.

#### OBSERVATION VII

Hémorrhagie avant le début du travail ; rupture artificielle, à une dilatation comme 2 francs

La nommée Octavie B., domestique, entre à la Maternité Bandelocque le 8 février 1890.

*Antécédents héréditaires.* — Mère âgée de 60 ans, vit encore.

Père mort à 46 ans.

*Antécédents personnels.* — Elle ne sait pas quand elle a commencé à marcher, mais elle a toujours bien marché. Réglée à 17 ans, elle perd régulièrement 6-8 jours.

Pas de maladies antérieures.

Elle est primipare, ses dernières règles datent du 12-15 mai 1889. Les premiers mouvements actifs du fœtus ont apparu à 5 mois.

La hauteur de l'utérus mesure 33 centimètres.



La femme se présente avec une hémorrhagie abondante ; la chemise est complètement trempée, de plus plusieurs serviettes ont été mouillées avant. L'hémorrhagie durait depuis 1 heure de l'après midi 8 février.

On perce les membranes, la dilatation étant comme une pièce de 2 francs.

L'état général de cette femme est très bon.

Elle ne présente aucune tare organique.

L'examen obstétrical révèle : un ventre très tendu et une dureté extrême presque ligneuse de l'utérus.

Le fœtus est vivant, se présente, par le sommet en O. I. G. A.

Le travail a débuté à 2 heures du soir le 8 février.

On transporte la parturiente à la salle du travail à 6 heures du soir. A ce moment, la dilatation est comme 2 francs ; la femme perd du sang, on pratique alors la rupture artificielle de la poche des eaux à l'aide d'un perce-membranes. Aussitôt l'hémorrhagie s'arrête, le travail continue, et la dilatation est complète à 8 h. 3/4 du soir.

La rotation étant faite, l'expulsion du fœtus se produit à 9 h. 10 du soir.

La quantité de sang perdu avant l'expulsion n'a pu être évaluée, mais l'hémorrhagie ne s'est plus reproduite jusqu'à la délivrance.

La délivrance fut normale. Le placenta se présenta par sa face foetale 25 minutes après l'accouchement, et fut expulsé par simple expression.

Le placenta présentait une dépression remplie par un caillot. Les membranes contenaient 640 grammes de sang et mesuraient 35 centimètres. L'enfant a pesé 2970 grammes. La mère et l'enfant quittent l'hôpital le 17 février 1890 en bon état.

OBSERVATION VIII

Insertion vicieuse du placenta: hémorrhagies à répétitions; tamponnement; persistance de l'hémorrhagie; rupture artificielle des membranes, arrêt de l'hémorrhagie (Observation communiquée par le Dr Muller).

Madame X..., de Paris, multipare, 35 ans, dyspeptique alcoolique, est presque à terme à la date du jour où je suis appelé; depuis 3 semaines environ perd du sang à tout propos, debout ou couchée; la malade vient d'avoir une hémorrhagie assez abondante, qui jointe aux autres lui donnent une physionomie très anémiée; depuis quelque temps il y a même des hypothygies fréquentes.

Le fœtus se présente en O. I. D. P.

Au toucher, masse molle à gauche, s'étendant (dans tous les sens) dans le cul-de-sac vaginal gauche, recouvrait bien nettement l'orifice interne du col, débordait sur le cul-de-sac latéral droit; le col est déhiscent, pas de travail.

Pour en finir avec les pertes et pour exciter le travail, je fais un tampon très serré (ouate phéniquée en boulettes enduites de pommade iodoformée).

3 heures après le tampon, nouvelle perte et début de travail; j'extrais le tampon immédiatement, et je trouve le col perméable et en voie d'effacement, le sang coule ferme; franchement je dilacère le placenta et du doigt je touche la tête qui descend immédiatement sous l'influence d'une vigoureuse contraction, plus une goutte de sang ne s'écoule: deux heures après, accouchement d'un enfant exsangue, avec deux circulaires autour du cou.

*Résumé des observations prises à la Maternité Lariboisière et à la Clinique Baudeloque.*

N°	Inser. du plac.	Variété d'hémorrhagie.	Âge de la gross.	Intervention.	État du col.	Résultats pour la mère	Observation.	Présent.
1	M.	Depuis 8 j. hém. abond.	9	Inj. chaudes. Ruptures artif. cessation de l'hém. Extraction d'un enfant mort par version podalique.	Dilat. 5 fr.	Guérie.	Contr. fréquentes. Version podal.	—
2	0/20	Hém. à 6 m. 1/2. Deux autres hém. Le 9 mai l'hém. se reproduit. Début du travail.	7	Irrigation. Rupt. artif.	—	—	—	—
3	0/30	Hémor. à 5 m. 1/2.	M.	Rupt. artif. Arrêt immédiat de l'h.	1 fr.	—	Terminaison spontanée.	—
4	—	Première hémor. à 6 mois, qui réapparaît plus persistante 15 jours après. Début du travail.	6	Rupt. artif., arrêt complet d'hém.	1 fr.	—	Mort (endossement).	—
5	0/25	Hémor. au 6 <sup>e</sup> mois, 1 <sup>er</sup> juillet forte hémor., le 8 début du travail et hémor.	6	Rupt. artif. version extr. du fœtus. Arrêt de l'hém.	l'aume de la main.	—	Mourr. quelques instants après.	—
6	0/10	Hémor. répétées pt. les derniers 15 jours et au début du travail.	M.	Rupt. artif. arrêt de l'hém.	Dilat. 0,50 centimètres	—	Mourr. 5 heures après.	—
7	0/25	Hémorrh. grave.	6	Rupt. artif. avant le début du travail. Arrêt de l'hém. le 12 février, on rompt largement les membr., 3 <sup>e</sup> partie fœtale s'engage. Irrigations chaudes.	Dilat. 1 fr.	—	Mort-né.	—
8	0/30	Hémorrh. 8 février, qui s'arrête à l'entrée de l'hôpital; 11 février début du travail, le 12 février hémorrh. abondante.	6	Rupt. artif. Version bipolaire.	—	—	Acc. spontané sans hémor. Tête non engagée.	—
						—	Rupt. spont. à la dilat. de 1 fr. le 11 février. Acc. spont.	—
						—	On ne peut pas le ramener.	—

N°	Inser. du plac.	Variété d'hémorrhagie.	Age de la gross.	Intervention.	État du col.	Résultats pour la mère	Observation.	Présent.
9	?	Hémorrhagie au début du travail.	?	Rupt. artif. Arrêt dilat. de Phém.	Dilat. 1 fr.	guérie		
10		Hémorrh. au début du travail.		Inject. chaudes.				
11		Hémorrh. au 2 <sup>e</sup> , 4 <sup>e</sup> et 7 <sup>e</sup> mois.					Rupt. spont., arrêt de siège Phém.	
12	0/20	Hémorrh. pendant la grossesse jusqu'au début du travail.					Mort (bec de lièvre double, hernie diaph.) Mort (endocardite avec oblitération du ventric. gauche, mis dans la couveuse, suc-comba 5 heures après. Vivant. Rupt. spont. des membr. arrêt d'hémorr.	
13		Hémorrh. répétées.	5m. 1/2 M.	Irrigations chaudes, rupture des membr. Arrêt de Phém.			Rupt. spont. Arrêt de l'hémorr.	
14		Hémorrh. répétées.			2 fr.	Vivants.		
15		Hémorrh. pendant la grossesse et pendant le travail.	9	Injectons chaudes rupt. des membr.			Mort depuis 8 jours la femme n'a pu se lever, les mouvements du fœtus.	
16	3/25	Hémorrh. au début du travail.					Acc. spont.	

N°	Inser. du plac.	Variété d'hémorrhagie.	Age de la gross.	Intervention.	État du col.	Résultats pour la mère	Observation.	Présent.
17	4/25	Hémorrh. pendant les derniers 3 mois.	9	—	—	Viva A.	Rupt. spont. pas d'hémorrh.	siège
18		Hémorrh. pendant les 2 derniers mois.	5 m 1/2	—	1 fr.	guérie.	Rupt. spont. pas d'hémorrh.	siège
19		Hémorrh.		—			Extr. du foetus.	siège
20		Hémorrh.		—			—	—
21	3/20	Hémorrh.		—			—	—
22		Hémorrh.		—			—	—
23		Hémorrh.		—			—	—
24		Hémorrh.		—			—	—
25	3/28	Hémorrh. grave.	7	—			—	—
26	à 25	Il y a 1 mois hémorrh., une autre il y a 12 jours et au début du travail.	8 m 1/2	—			—	—
27		Hémorrh.		—			—	—
28		Hémorrh.		—			—	—
29		Hémorrh.		—			—	—
30		Hémorrh.		—			—	—
31		Hémorrh.		—			—	—
32		Hémorrh.		—			—	—
33		Hémorrh.		—			—	—
34		Hémorrh.		—			—	—
35		Hémorrh.		—			—	—
36		Hémorrh.		—			—	—
37		Hémorrh.		—			—	—
38		Hémorrh.		—			—	—
39		Hémorrh.		—			—	—
40		Hémorrh.		—			—	—
41		Hémorrh.		—			—	—
42		Hémorrh.		—			—	—
43		Hémorrh.		—			—	—
44		Hémorrh.		—			—	—
45		Hémorrh.		—			—	—
46		Hémorrh.		—			—	—
47		Hémorrh.		—			—	—
48		Hémorrh.		—			—	—
49		Hémorrh.		—			—	—
50		Hémorrh.		—			—	—
51		Hémorrh.		—			—	—
52		Hémorrh.		—			—	—
53		Hémorrh.		—			—	—
54		Hémorrh.		—			—	—
55		Hémorrh.		—			—	—
56		Hémorrh.		—			—	—
57		Hémorrh.		—			—	—
58		Hémorrh.		—			—	—
59		Hémorrh.		—			—	—
60		Hémorrh.		—			—	—
61		Hémorrh.		—			—	—
62		Hémorrh.		—			—	—
63		Hémorrh.		—			—	—
64		Hémorrh.		—			—	—
65		Hémorrh.		—			—	—
66		Hémorrh.		—			—	—
67		Hémorrh.		—			—	—
68		Hémorrh.		—			—	—
69		Hémorrh.		—			—	—
70		Hémorrh.		—			—	—
71		Hémorrh.		—			—	—
72		Hémorrh.		—			—	—
73		Hémorrh.		—			—	—
74		Hémorrh.		—			—	—
75		Hémorrh.		—			—	—
76		Hémorrh.		—			—	—
77		Hémorrh.		—			—	—
78		Hémorrh.		—			—	—
79		Hémorrh.		—			—	—
80		Hémorrh.		—			—	—
81		Hémorrh.		—			—	—
82		Hémorrh.		—			—	—
83		Hémorrh.		—			—	—
84		Hémorrh.		—			—	—
85		Hémorrh.		—			—	—
86		Hémorrh.		—			—	—
87		Hémorrh.		—			—	—
88		Hémorrh.		—			—	—
89		Hémorrh.		—			—	—
90		Hémorrh.		—			—	—
91		Hémorrh.		—			—	—
92		Hémorrh.		—			—	—
93		Hémorrh.		—			—	—
94		Hémorrh.		—			—	—
95		Hémorrh.		—			—	—
96		Hémorrh.		—			—	—
97		Hémorrh.		—			—	—
98		Hémorrh.		—			—	—
99		Hémorrh.		—			—	—
100		Hémorrh.		—			—	—

N°	Inser. du plac.	Variété d'hémorrhagies	Age de la gross.	Intervention.	État du col.	Résultats pour la mère	Résultats pour l'enfant	Observation.	Présent.
27	1/28	Hémorrh. depuis 7 mois jusqu'au terme.	9	Rupt. artif. à la dilatation complète.		guérie	Vivant	Rup. spont. arrêt de l'hémorrh.	siège
28	6/30	Hémorrh. peu abond. mais persistante.	8			—	mort app.	Rupt. spont. arrêt.	
29	5/30	Perte du sang depuis 4 h.	8	Rupt. artif.	complète.	—	Vivant	De l'hémorrh.	
30	0/30	Hémorrh. à l'arrivée.	8	Rupt. artif.	5 fr.	—	»	Acc. spont.	siège
31		Hémorrh. pendant les premiers 7 mois, durant 1-3 j.	8 m. 1/2	Rupt. artif. Abaissement prophylactique d'un pied et douce traction.	1 fr.	—	Faible		
32	0/35	Hémorrh. grave.	8 m. 1/2	Rupt. artif. à la dilat.		—	Vivant	Tête mobile non engagée.	
33	3/35	Hémorrh. grave.	8 m. 1/2	Version combinée engagement d'un pied. Rupt. artif. au début du travail.	5 fr.	—	»	Pas d'accommodation, ceinture entoclique.	siège
34		Hémorrh. grave.		Rupt. artif. à la dilat.		—	»		
35	3/45	Hémorrh. grave.		Version combinée.	50 cent.	—	»	Femme exsangue à son entrée.	
36	6/35	Hémorrh. abondante.		Rupt. artif. à la dilat. de arrêt de l'hém.	5 fr.	—	»	Album., œdème, guérie. Très affaiblie.	siège
37		Hémorrh. grave.	7 m. 1/2	Tampon en ville, à son entrée. Rupt. artif. à la dilat. de arrêt de l'hém.		—	mort à l'ar.	Pas de bruit du cœur fœt.	siège
38	1/38	Hémorrh.		Rupt. artif. à la dilat. de	5 fr.	—	Vivant	Acc. spont.	
39	6/42	Hémorrh.		Rupt. artif. à la dilat.	complète	—	mort à l'ar.		
40	7/35	Hém. grave depuis la veille.		Rupt. artif. arrêt de l'hém.	long, per-méable.	—		Acc. spont. 14 h. après	
41	8/22	Hém. au début du travail.	M.	Rupt. artif. à la dilat.	5 fr.	—	a fait une inspiration.	Acc. spont.	
42	8/28	Hém. au début du travail.	M.	»	5 fr.	—			

N°	Inscr. du plac.	Variétés d'hémorrhagie.	Age de la g. oss.	Opér.	Intervention.	Etat du col.	Résultats pour la mère	Observation.	Présent.
43	0/38	Hémor. assez abondante au 5 <sup>e</sup> mois et pend. le travail.	7		Rupt. art. à la dilat.	compl.	guérie.		
44	4/30	Hém. répétée.			"	2 fr.	"	Retraites du travail, acc. spont. 48 h. après.	
45	4/25	" au début du travail.	8	M.	Rupt. artif., arrêt de l'hém. version pour amener un pied à la vulve.	5 fr.	"	macéré	Acc. spont. 42 h. après.
46	4/30	Hém. grave au début du travail.			Rupt. artif. à la dilat. de ne perd. plus de sang.	5 fr.	"	mort-né	Providence d'une main.
47	0/30	Hémorr. grave	8 m 1/2		Rupt. artif. avant tout déb. du travail.		"	vivant	
48		Hém. au début du travail.			Rupt. artif. à la dilat. de.	2 fr.	"	vivant	
49		2 hém. très abond.			Rupt. artif. à la dilat. arrêt.	2 fr.	"	mort 8 jours après.	
50	4/30	Hémorr.			"	2 fr.	"	vivant	
51	2/32	Hémorr.			"	3 fr.	faible guérie	"	Acc. spont.
52	4/32	Hémorr. pendant la gross.			Arrêt de l'hém., rupt. artif. avant le début du travail			"	
					Arrêt de l'hém.			"	

COMPARAISON ENTRE LES MÉTHODES DE TRAITEMENT EMPLOYÉES ACTUELLEMENT DANS LE CAS D'HÉMORRHAGIES DUES A L'INSERTION VICIEUSE DU PLACENTA.

Pour pouvoir apprécier en connaissance de cause les différentes méthodes qui sont actuellement en usage il est bon de jeter un coup d'œil rétrospectif sur ce qui a été fait à ce sujet.

Nous avons vu que depuis la période hippocratique, on connaissait la gravité des pertes de sang chez les femmes en couches. Que faisait-on contre elles ? On l'ignore, ou du moins ce qui en a survécu ne mérite pas d'être retenu.

Depuis Guillemeau jusqu'à Levret lui-même pouvait-il exister un traitement de l'insertion vicieuse ? Certainement non, puisque tous les auteurs croyaient que l'hémorragie était due au décollement du placenta, qui, se détachant du fond de l'utérus, venait tomber sur l'orifice utérin; aussi, Guillemeau, Louise Bourgeois, Mauriceau, Peu, Portal, et Levret avaient-ils tous recours à l'accouchement forcé, seul moyen qui empêchât la femme de mourir, en l'accouchant le plus tôt possible. Mais cet accouchement forcé avait très souvent pour résultat des déchirures plus ou moins étendues du col, car c'était toujours avec effraction que l'on pénétrait à travers le canal cervical, donc à cette époque, un seul procédé, une seule méthode existait, *l'accouchement forcé*.

Puzos, comprenant les dangers d'une pareille méthode qui, « ne nous mettant pas à l'abri du malheur de voir



périr presque autant de mères et d'enfants, que nous en échappons par cette opération tant recommandée » crut devoir chercher « une méthode qui les rendit moins dangereux » « qui tenant un milieu entre l'accouchement naturel et l'accouchement forcé, remplit mieux que tout autre l'indication d'accoucher nécessairement, et celle d'accoucher promptement. »

De nos jours, on appelle la méthode de Puzos « la rupture prématurée des membranes », mais cela est-il exact ? Non, on dépouille Puzos, dit M. Pinard, car en rompant les membranes, Puzos voulait provoquer l'écoulement du liquide amniotique, diminuer la capacité de l'utérus, réveiller les contractions utérines, faire descendre la région fœtale, et finalement terminer l'accouchement plus tôt. Nous appellerons la méthode de Puzos *l'accouchement accéléré*. Il y a déjà un abîme entre l'accouchement forcé et l'accouchement accéléré. Mais Puzos n'avait pas la notion de l'importance de la rupture des membranes et du mécanisme qui la produisait, aussi ne l'employait-il que chez les femmes en travail, et, lui qui proposait un moyen si rationnel quand il s'agissait de femmes au début de l'accouchement, saignait-il celles qui étaient à la fin de leur grossesse.

En 1776, Leroux propose le tampon.

De sorte que jusqu'à l'époque actuelle, en France du moins on connaissait trois méthodes : l'accouchement forcé, l'accouchement accéléré et le tamponnement. Les deux dernières étaient seules employées.

Si, quittant la France on cherche ce que l'on faisait à

l'étranger, on voit que jusqu'en 1863 on agissait comme dans ce pays.

Vers cette époque, un accoucheur anglais, Braxton Hicks, exécute la version bipolaire et abaisse un pied dans le vagin.

Simpson, de son côté, logique avec la théorie qu'il soutient, propose l'arrachement rapide (prématuré et complet) du placenta.

R. Barnes, d'autre part, conseille d'introduire un doigt dans le col de l'utérus, de décoller tout le placenta dans une étendue, ayant 76 millimètres de rayon, de rompre les membranes, et d'introduire ces ballons dilateurs.

En 1877, Schröder démontre l'utilité de la rupture des membranes. Il commence à en comprendre l'importance, et répond à Braxton Hicks que l'abaissement du pied n'a pas pour résultat d'arrêter l'hémorrhagie, en faisant tampon, ce qui est une conception erronée, mais que c'est grâce à la rupture même des membranes que le sang cesse de couler.

En 1886, M. le professeur Pinard fait paraître un mémoire sur cette question.

En présence de ces différentes tentatives, de ces méthodes que nous venons de résumer brièvement, quelle doit être l'attitude de l'accoucheur ; en un mot, laquelle doit-il choisir ?

Nous allons reproduire les appréciations de notre maître, M. le professeur Pinard.

L'accouchement forcé ne rencontre plus aucun partisan. De nos jours personne n'oserait pénétrer dans l'utérus avec éfraction dans le cas d'insertion vicieuse du pla-

centa, car le segment inférieur est si vasculaire qu'on craindrait la moindre déchirure. Donc cette méthode est répudiée par tout le monde.

La méthode de Puzos a beaucoup de bon ; il y a là d'abord une idée dominante, *l'accouchement accéléré*. Pour l'époque son procédé était un progrès, puisqu'il voulait terminer rapidement l'accouchement, mais sans produire de lésions. M. Pinard la croit insuffisante, il la croit difficilement praticable, parce que la résistance du col s'oppose le plus souvent à la dilatation produite par les doigts.

Quant au tamponnement, M. Pinard n'en est pas du tout partisan, il ne l'admet que comme méthode de nécessité, jamais comme méthode de choix.

La méthode de Simpson a été jugée mauvaise par ses compatriotes ; elle est impraticable, et se rapproche trop de l'accouchement forcé. Du reste, Simpson lui-même, dans un mémoire ultérieur a été beaucoup moins affirmatif. En réalité, cette méthode n'est plus pratiquée.

La méthode de Braxton Hicks donne et doit donner d'excellents résultats ; l'accoucheur anglais fait ce qu'il faut pour arrêter l'hémorrhagie, mais il le fait sans savoir : il rompt les membranes parce qu'il ne peut pas faire différemment, puisqu'il veut aller chercher un pied. Sa méthode est bonne, puisque, d'une part il déchire les membranes sur une grande étendue, d'autre part le membre inférieur abaissé repousse le placenta latéralement, par conséquent débarrasse la route qu'obstruait le placenta prævia. Il ne faut pas s'étonner des magnifiques résultats obtenus, grâce à cette méthode, par les accoucheurs allemands.

Dans la méthode de Barnes il y a de bonnes choses ; il déchire les membranes, ce qui est utile, mais il décolle le placenta, ce qui n'est pas nécessaire.

M. le professeur Pinard terminait ainsi ses leçons sur ce sujet :

Une comparaison, au moyen des chiffres fournis par les statistiques, entre les différentes méthodes de traitement, est absolument impossible. Depuis l'introduction de l'antisepsie en obstétrique les résultats sont tels qu'on ne peut les comparer avec les chiffres obtenus avant cette époque. Tout ce que l'on peut dire c'est que notre méthode de traitement, qui se rapproche dans certains cas de celle conseillée par Braxton Hicks, donne sensiblement les mêmes résultats qui ont été obtenus en Allemagne pendant ces dernières années. Autrefois une femme succombait sur trois ; un enfant survivait sur trois, aujourd'hui les procédés employés sont meilleurs, et les résultats bien plus satisfaisants.

La raison que donne notre maître est excellente, on ne peut pas en effet comparer les résultats qui sont antérieurs à la méthode antiseptique et ceux qui lui sont postérieurs ; il nous semble cependant, ce point ayant été signalé, qu'il y a encore un certain intérêt à comparer les statistiques que nous avons réunies dans le cours de ce travail et à en tirer quelques conclusions.

Commençons d'abord par les deux méthodes les moins répandues, celle de Barnes et de Chassagny, et reproduisons les résultats qu'elles ont données sans autre commentaire en disant une fois de plus qu'on les jugera plus tard quand les faits seront plus nombreux.

*Méthode de Barnes.*

(Décoller une portion du placenta, déchirer largement les membranes, au besoin ballons-dilatateurs).

Sur 16 cas :

Mortalité { pour les mères 0, soit : 0 0/0  
— enfants 7, soit : 43

*Méthode de Chassagny.*

(Tamponnement et dilatation par les vessies animales).

Sur 26 cas :

Mortalité { pour les mères 1, soit : 4 0/0  
— enfants

(Statistique pour les enfants insuffisante pour pouvoir être donnée).

*Méthode de Leroux.*

(Tamponnement du vagin, tampon classique français).

I. — Avant l'antisepsie.

Sur 316 cas :

Mortalité { pour les mères, 92, soit : 29,10 0/0  
(318 cas) enfants 186, soit : 58,48

II. — Avec l'antisepsie :

(Statistique de la Maternité).

Sur 18 cas :

Mortalité { pour les mères 2 (1), soit 11 0/0.  
— enfants 10, soit 55.

*Méthode de Braxton Hicks.*

(Version combinée, abaissement d'un pied, etc.).

Sur 477 cas :

Mortalité { pour les mères 39, soit 8,17 0/0.  
sur 400 enfants (2) 239, soit 59,75.

*Méthode de M. Pinard.*

(Déchirer largement les membranes et faire la version combinée si cela est nécessaire).

Sur 59 cas.

Mortalité { pour les mères 31, soit 1,69 0/0.  
— enfants 23, soit 39,28 0/0.

En comparant ces chiffres, on voit que :

A. — Au point de vue de la mortalité des mères, laissant de côté la méthode de Barnes et celle de Chassagny (la 1<sup>re</sup> donne 0 0/0 et la 2<sup>e</sup> 4 0/0), le tamponnement présente avant l'antisepsie 29 0 0, après 11 0/0 ; les manœuvres de Braxton Hicks, sans tenir compte si l'antisepsie a été faite ou non, 8, 17 0/0, et la méthode de M. Pinard, antisepsie rigoureuse 1,69 0/0.

1. Voir p. 66.

2. Nous avons éliminé les enfants déjà morts avant toute intervention chaque fois que cela était indiqué ; nous nous rapprochons ainsi davantage du pourcentage de la mortalité due à la méthode elle-même.

3. Voir observation VI.

B. — Au point de vue de la mortalité des enfants :

Méthode de Barnes (Murphy) 43 0/0.

— Leroux { av. l'antisepsie 58,48.  
après — 55.

— Br. Hicks — 57,25.

— M. Pinard — 39,28.

Si ne tenant pas compte des méthodes employées on réunit tous ces chiffres ensemble on a : sur 909 femmes, 135 décès et, sur 808 enfants, 445 morts ; soit :

Mortalité générale { pour les mères 15 0/0.  
— enfants 56 0/0.

Il nous paraît intéressant de rappeler ici la statistique donnée par King (p. 765). Sur 33 cas où, *il n'y a eu aucune intervention* :

Mortalité { pour les mères 11, soit 33 0/0.  
— enfants 19, soit 58.

On voit qu'en somme, si la mortalité maternelle, dans les cas où il n'y avait pas d'intervention, n'était guère supérieure à la mortalité dans les cas où on était intervenu suivant les méthodes anciennes, il n'en est plus de même pour les méthodes actuelles ; un sensible progrès a été obtenu, bien qu'une bonne part en revienne à la méthode antiseptique.

#### RÉSUMÉ DU TRAITEMENT.

Le traitement peut être divisé en deux parties :

1° Traitement médical.

2° Traitement obstétrical proprement dit. Nous allons les résumer.

§ 1. — *Traitement médical.*

Il faut envisager deux cas, ou l'hémorrhagie est peu abondante, ou l'hémorrhagie est grave.

*Hémorrhagie peu abondante.* — Repos absolu au lit, c'est-à-dire décubitus horizontal obligatoire et prolongé, la tête étant située plus bas que le siège. Interdire le décubitus assis, les mouvements, les efforts, etc... Comme médication : Boissons acidulées, opium sous forme de lavements laudanisés de 15 gouttes, plusieurs fois par jour, ou en injections hypodermiques de chlorhydrate de morphine.

Rassurer la malade, mais prévenir la famille que l'hémorrhagie peut réapparaître d'un moment à l'autre et faire comprendre le danger grave que la femme court, si l'écoulement de sang se reproduisait et surtout si elle n'était pas secourue à temps.

L'accoucheur n'aura qu'une confiance limitée dans ces moyens qui suffisent pourtant en certaines circonstances; il devra surtout se rappeler qu'avant peu il aura à lutter contre une hémorrhagie plus abondante et devra songer à la méthode de traitement qui conviendrait le mieux au cas donné.

2° *Hémorrhagie grave.* — D'abord il faut bien savoir ce que veut dire « hémorrhagie grave ». Tout est relatif : une femme de bonne santé, robuste, peut perdre une assez grande quantité de sang sans en être incommodée; il n'en est pas de même pour une femme, frêle



de constitution, qui a eu déjà une ou plusieurs pertes plus ou moins abondantes ; il est évident que, pour cette dernière un seul écoulement de sang, même léger, peut devenir une « hémorrhagie grave ».

Quel que soit le cas, on pourra essayer les injections antiseptiques d'eau chaude à 48° ou 50°. Elles auront le double avantage de nettoyer le canal vaginal, et de donner, en arrêtant ou en diminuant l'hémorrhagie, quelques instants de répit qui permettront de faire le diagnostic ; mais il ne faut pas se figurer qu'elles vont être suffisantes, un seul traitement est ici de circonstances, c'est le traitement obstétrical.

## II. — *Traitement obstétrical.*

Nos recherches nous permettent de dire, avec la plupart des auteurs qui ont l'expérience dont nous manquons :

On ne doit pas adopter une méthode unique dans le traitement de l'insertion vicieuse du placenta, mais au contraire se guider suivant les circonstances, et parfois employer telle méthode parce qu'on ne peut pas faire autre chose.

Prenons un cas, heureusement rare : insertion complète, hémorrhagie grave chez une primipare dont le col n'est par perméable, il faudrait employer le tampon en prenant toutes les précautions pour le rendre aseptique et efficace ; le laisser le moins possible, et, dès qu'on pourrait le faire sans danger, l'enlever pour avoir recours à une autre méthode.

Si le placenta était marginal, la tête engagée, le travail bien déclaré, et la femme pas trop affaiblie, on se trouverait très bien de rompre largement les membranes.

Dans le cas d'hémorrhagie abondante, le cas étant tel qu'il faut être maître de la situation et pouvoir au besoin terminer rapidement l'accouchement, on devrait pratiquer la manœuvre de Braxton Hicks, qui offre alors toutes les garanties et les avantages nécessaires : c'est-à-dire la certitude d'arrêter l'hémorrhagie et un excellent moyen pour régler l'extraction du fœtus d'après les circonstances.

Telle est la conduite qui nous paraît la plus rationnelle, celle que nous n'hésiterions pas à suivre le cas échéant ; et, pour terminer ce long essai, cependant trop abrégé, nous dirons :

Si en 1844, J. Y. Simpson a pu dire que l'insertion vicieuse du placenta était pour les femmes en couches un fléau aussi meurtrier que le choléra et la fièvre jaune pour l'espèce humaine en général, aujourd'hui nous pouvons affirmer que cette comparaison est exagérée.

Certainement les dangers pour la femme sont aussi sérieux que par le passé, certainement il y aura toujours des cas contre lesquels même les meilleures méthodes resteront impuissantes, mais, il faut bien le savoir, l'accoucheur n'est pas désarmé ; il a à sa disposition des moyens qui, s'ils sont appliqués judicieusement et à temps, lui feront avoir des succès alors que tout paraissait perdu.

C'est pour mieux faire connaître ces méthodes, ces procédés, c'est pour les vulgariser, que nous avons écrit ce travail.

## CONCLUSIONS

1° Le placenta s'insère beaucoup plus souvent qu'on ne le pense sur le segment inférieur de l'utérus.

2° L'insertion vicieuse du placenta sur le segment inférieur de l'utérus est probablement la cause la plus fréquente de la rupture spontanée et prématurée des membranes.

3° Les hémorrhagies se produisent suivant deux mécanismes différents :

a. — Celles de la grossesse et du début du travail sont dues au décollement d'une portion du placenta tirailé par le chorion.

b. — Celles du travail, après la rupture des membranes, sont dues au décollement du placenta, dont une portion est entraînée par la pression directe de la région fœtale pendant sa descente.

4° De là, deux méthodes de traitement différentes :

a. — Pendant la grossesse et au début du travail, déchirer largement les membranes, le fœtus étant placé longitudinalement.

b. — Après la déchirure des membranes, s'il y a hémorrhagie pendant le travail, il faut ramener un pied en bas parce qu'il écarte le placenta et arrête l'hémor-

rhagie ; de plus, on a ainsi le moyen de terminer facilement l'accouchement,

5° Cette ligne de conduite, qui se rapproche en certains points de la méthode de Braxton Hicks, donne sensiblement les mêmes succès que celle-ci.

6° Le tampon doit être repoussé, du moins on ne doit l'employer que dans le cas de nécessité absolue.

## INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

La bibliographie de l'insertion vicieuse du placenta est très riche ; nous croyons utile de donner quelques renseignements pour guider dans les recherches.

La thèse de Ludwig Müller (1877) est le premier travail d'ensemble réellement important qu'il faut d'abord consulter ; outre la valeur même de cette monographie, les indications qu'elle contient sont précieuses, puisque, en dehors des citations très nombreuses et exactes, on y trouve la bibliographie depuis 1824 jusqu'en 1876.

La thèse de Bitot (1880) ne s'occupe que du mécanisme et des méthodes de traitement ; mais elle est bien faite et elle renferme une bibliographie détaillée.

Le mémoire de King (1880) est conçu dans un autre ordre d'idées ; cet auteur a réuni 240 cas, et en a tiré des données cliniques intéressantes en les groupant et en les comparant entre eux.

La thèse de Pluyette (1883) est un aperçu historique de la question, c'est dire qu'une large part est faite à la bibliographie, qui va de 1685 à 1882.

Le mémoire de Lomer (1884) est également à consulter ; c'est une étude très complète sur la méthode de Braxton Hicks, basée sur un assez grand nombre d'observations cliniques.

M. Auvard, dans sa thèse d'agrégation (1886), a étudié la conduite à tenir dans le placenta prævia ; on y trouvera un exposé succinct des différentes méthodes de traitement, des statistiques nombreuses et la bibliographie de 1882 à 1886.

Notre index bibliographique ne contient que le nom des auteurs dont nous avons eu à citer les opinions ou les travaux, et que nous avons pu étudier dans le texte original lui-même ; pour les autres auteurs l'indication a été donnée dans le courant de notre travail.

**Ahlfeld.** — Demonstration eines Uterus mit placenta prævia, Verhandlungen der deutschen Gesellsch. f. Gyn., zweiter Kongress., 1888, p. 156 à 159.

**Alezais.** — De la rupture prématurée spontanée des membranes de l'œuf. Thèse de Montpellier, 1882.

**Auvard.** A. — De la conduite à tenir dans les cas de placenta prævia. Thèse d'Agrégation, Paris, 1886, 252 pp.

**Barnes.** R. — Lectures of obstetric operations, etc. 3<sup>e</sup> édition, Londres, 1876, 606 pp. On peut consulter la traduction de A. E. Cordes faite sur la 2<sup>e</sup> édit. anglaise, Paris 1873, 493 pp.

**Behm.** C. — Die combinirte Wendung bei Placenta prævia, Zeitschr. f. Geburtsh. und Gyn., Bd IX, 1883, p. 373 à 419.

**Bitot.** Paul. — Contrib. à l'étude du mécanisme et du traitement de l'hémorrhagie liée à l'insertion vicieuse du placenta, Th. de Paris, 1880, 180 pp.

**Braxton Hicks.** — On combined external and internal version, Trans. of the obstetr. Soc. of London, 4 nov. 1863, vol. V, p. 219 à 267, 3 fig.

**Depaul.** — Lec. de clinique obstétricale, Paris, 1872-1876.

**Duncan, Matthews.** — Sur le mécanisme de l'accouchement normal et pathologique et recherches sur l'insertion vicieuse du placenta, etc. traduit par P. Budin, 1876, 363 pp.

**Gendrin.** — Traité philosop. de médecine pratique, 1839.

**Garipuy.** — Thèse de Paris, 1878.

**Guéniot.** — Leç. faites à l'hôpital des cliniques 1873, tirage à part.

**Hofmeier.** — a) Zur Behandlung der Placenta prævia, Zeitschr. f. Geburtsh. und Gyn., Bd. VIII, 1882, p. 89 à 101.

b) Ueber Placenta prævia, Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft f. Gyn., zweiter Kongress, 1888, 159 à 163.

c) Die menschliche Placenta, Wiesbaden, 1890, 168 pp., X, pl.

**Hubert de Louvain.** — De l'emploi des vessies animales en obstétrique et en gynécologie, Louvain, 1888, tirage à part, 51 pp.

**Jacquemier.** — Manuel des accouchements, t. II, chap. des hémorrhagies utérines, p. 228 et suivantes.

**Jüdel.** — Ueber Placenta prævia, Arch. f. Gyn., Bd VI, 1874, p. 432 à 471.

**Kaltenbach.** — Zur Pathogenese der Placenta prævia, Zeitschr. f. Geburtsh. und Gyn., 1890, Bd. XVIII, p. 1 à 8, 2 pl.

**King. Enoch. W.** — Statistics of placenta prævia, etc. The Amer. J. of Obst., octobre 1880, vol. XIII, p. 743 à 793.

**Lacaille. E.** — De l'insertion du placenta dans ses rapports avec la durée de la grossesse, l'époque de la rupture des membranes et le développement du fœtus. Th. de Paris, 1883, 39 pp.

**Lachapelle (M<sup>me</sup>).** — Pratique des accouchements, etc. Paris, 1825, t. II, 6<sup>e</sup> mémoire.

**Laskine.** — Essai sur la version bipolaire, Th. de Paris, 1890.

**Leroux.** — Obs. sur les pertes de sang des femmes en couche, etc. Dijon, 1810, 376 pp.

**Levret.** — L'art des accouchemens, 1766, mémoire, p. 353 à 376.

**Lomer (R).** — On combined turning in the treat. of placenta prævia, Amer. J. of Obst. déc. 1884, vol. XVII, p. 1233 à 1260.

- Müller L.** — Placenta prævia. Thèse de Stuttgart, 1877.
- Mauriceau.** — Traité des maladies des femmes grosses, 6<sup>e</sup> édit., 1721.
- Murphy.** — The treatment of placenta prævia, Newcastle upon Tyne, 1885, tirage à part, 55 pp. et 1 tableau.
- Negri Paolo.** — La versione combinata nella cura della Placenta previa, estratto dalla Rivista Veneta di Scienze Mediche, nov. 1887, Venezia, 1889. p. 4 à 13.
- Nordmann, A.** — Zur Statistik und Therapie der Placenta prævia, Arch. f. Gyn., Bd. XXXIII p. 133 à 158, 1888.
- Obermann.** — Ein Beitrag zur Behandlung der Placenta prævia, ibid, p. 122 à 132.
- Pandèle.** — Thèse de Paris. 1889.
- Pinard A.** — a). De la rupture prématurée dite spontanée des membranes de l'œuf humain. Ann. de Gyn., 1886, p. 171 et 321, tirage à part, 1886, 42 pp.  
b). Leçon clinique sur le traitement de l'insertion vicieuse du placenta, écho médical, 28 juillet 1888, p. 345 et août 1888, p. 357.  
c) Leçons faites à la clinique Baudelocque, juin et juillet 1890 ; une de ses leçons a paru dans l'Union médicale du 3 juillet 1890, n<sup>o</sup> 78. p. 13.
- Polaillon.** — Société de chirurgie, mai 1882.
- Pluyette.** — Aperçu historique sur l'insertion vicieuse du placenta, Th. de Paris, 1883, 97 pp.
- Puzos.** — Mémoire sur les pertes de sang, etc... Traité des accouchements, 1759, p. 323 à 340.
- Rigby.** — Nouveau traité sur les hémorrhagies de l'utérus, traduit par M<sup>me</sup> Boivin, 1818, 189 pp.
- Schrader.** — Zur Pathogenese der Plac. prævia, Zeitschrift f. Geburt, und Gyn., Bd. XIX, p. 25 à 30, 1890.
- Schröder.** — Ueber die Bedeutung des Blasensprunges bei Pla-



- centa prævia lateralis, Zeitschr. f. Geburtsh. und Gyn.,  
Bd. I, 1877, p. 225 à 330. Lehrbuch der Geburts., 1884.  
**Simpson.** — J. Y. Selected obst. and gyn. works, Edin., 1871 ;  
les mémoires sur le placenta prævia datent de 1844-45.  
**Varnier.** — Revue pratique d'obstétrique, 1888.  
**Wyder.** — Ueber die behandlung der Placenta prævia, Arch. f.  
Gyn., 1887, Bd. XX-IX.

---

Vu : Le Président de la thèse,

**PINARD**

Vu : Le Doyen,

**BROUARDEL**

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

**GRÉARD**

---

HENRI JOUVE, Imprimeur de la Faculté de Médecine, 15, rue Racine, PARIS.

M<sup>re</sup> Dylon